

FYSIOTHERAPIE IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG: KLACHTEN VAN PATIËNTEN, INDICATIESTELLING VAN (HUIS)ARTSEN EN FYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDELINGEN

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

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kerssens, J.J.

Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg : klachten van patiënten, indicatiestelling van (huis)artsen en fysiotherapeutische behandelingen / J.J. Kerssens, E.Chr. Curfs, P.P. Groenewegen. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

ISBN 90-6905-064-1

SISO 612.3 UDC 615.8:614.2(492)

Trefw.: fysiotherapie ; Nederland.

VOORWOORD

Dit rapport is het derde in een reeks rapporten waarin verslag gedaan wordt van het onderzoeksproject 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg'. In dit rapport wordt beschreven bij wat voor soort klachten patiënten naar een fysiotherapeut verwezen worden, wat de diagnose bij verwijzing is en welke behandeling de fysiotherapeut ingesteld heeft.

Onze dank gaat uit naar de huisartsen en fysiotherapeuten die gegevens hiervoor hebben verzameld. Zonder hun medewerking zou een beschrijving van de structuur en het functioneren van de fysiotherapie in deze vorm niet mogelijk zijn geweest.

In het eerste rapport (juli 1986) zijn de relaties tussen huisartsen en fysiotherapeuten rond het verwijzingsproces beschreven. Tevens wordt in dit rapport geanalyseerd met welke factoren de verschillen tussen huisartsen in het aantal patiënten dat zij naar een fysiotherapeut verwijzen, samenhangen.

Het tweede rapport (februari 1987) houdt zich bezig met de classificatieproblematiek van gegevens afkomstig van de hulpverleners. Het bespreekt de mogelijkheden om basisgegevens te rangschikken, vooral de gegevens die betrekking hebben op de verwijzreden voor fysiotherapie.

Bij de voorbereiding van het onderzoeksvoorstel 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg' waren, naast het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (toenmalige Nederlands Huisartsen Instituut) de volgende organisaties betrokken: het Genootschap voor Fysiotherapie, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, de Geneeskundige Hoofdingspectie en het Ministerie van WVC. Deze organisaties, alsmede de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, de Vereniging van Opleidingsinstituten voor Fysiotherapie, de Ziekenfondsraad, de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband hebben representanten afgevaardigd voor de Begeleidingscommissie van dit onderzoek.

Het project 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg' wordt uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en gefinancierd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

INHOUD

	pag
1. INLEIDING	1
2. VRAAGSTELLINGEN	3
2.1. Welke patiënten worden bij welke soort klachten of diagnoses door huisartsen verwezen?	3
2.2. Welke behandelingen worden door fysiotherapeuten verricht bij welke klachten en diagnoses?	7
3. MATERIAALVERZAMELING	11
3.1. Onderzoekspopulatie	11
3.2. Registratieformulier voor gegevens van voor fysiotherapie verwezen patiënten	13
3.2.1. Sociaal-demografische gegevens	13
3.2.2. Klachten en diagnoses	14
3.2.3. Verwijsinitiatief	15
3.2.4. Behandelingsvoorstel	15
3.3. Volledigheid van de verwijsregistratie	16
3.4. Registratieformulier voor gegevens van met fysiotherapie behandelde patiënten	17
3.4.1. Demografische gegevens en klachten van patiënten	18
3.4.2. De verwijzer en diens indicatiestelling	18
3.4.3. Resultaten van het fysiotherapeutisch onderzoek	18
3.4.4. Behandeldoel en -vorm	19
3.4.5. Oordeel van de fysiotherapeut over het resultaat van de behandeling	20
3.4.6. Reden om de behandeling te stoppen	20
3.5. De registratie in de fysiotherapiepraktijk	21
4. INDICATIESTELLING VAN HUISARTSEN	22
4.1. Sociaal-demografische kenmerken van nieuw verwezen patiënten	22
4.2.1. Klachten	28
4.2.2. Diagnoses	36
4.2.3. Klachten en diagnoses	45
4.3. Welke patiënten worden bij welke klachten/diagnoses verwezen?	47
4.4. Initiatief tot verwijzing	51
4.5. Behandelingsvoorstel	53

	pag
4.6. Variatie tussen huisartsen	54
4.7. Samenvatting	57
5. FYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDELINGEN	60
5.1. Verschillen tussen patiënten die door de huisarts of door de medisch-specialist zijn verwezen	60
5.1.1. Sociaal-demografische kenmerken gerelateerd aan de verwijzer	60
5.1.2. Klachten gerelateerd aan de verwijzer	62
5.1.3. Diagnoses gerelateerd aan de verwijzer	64
5.1.4. Verschillen tussen patiënten die door peilstationsartsen of door andere huisartsen zijn verwezen	69
5.2. Werkdiagnose van de fysiotherapeut	73
5.3. Fysiotherapeutische behandeldoelen	79
5.3.1. Behandeldoel en medische diagnose	82
5.3.2. Behandeldoel en beperkingen	83
5.4. Aard van de behandeling	86
5.5. Variatie tussen fysiotherapeuten met betrekking tot doel en vorm van de behandeling	92
5.6. Samenvatting	94
6. HET RESULTAAT VAN DE FYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING NAAR HET OORDEEL VAN DE FYSIOTHERAPEUT	97
6.1. Beoordeling naar het bereiken van behandeldoelen	97
6.2. Beoordeling naar behandeldoel en tijdsduur van de klacht	103
6.3. Beoordeling naar behandeldoel en beperkingen	104
6.4. Reden om de behandeling te stoppen	106
6.5. Samenvatting	106
7. VERGELIJKING VAN DE PERCEPTIE VAN HUISARTS EN FYSIOTHERAPEUT BIJ GEMEENSCHAPPELIJKE PATIËNTEN	108
7.1. Klachten en diagnoses	109
7.2. Aard van behandelingsvoorstel en vorm van de behandeling	112
8. DISCUSSIE	114
9. LITERATUUR	123

BIJLAGEN

1. Registratieformulier huisarts
2. Registratieformulier fysiotherapeut
3. Aantal nieuwe en verlengingsverwijzingen per combinatie van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm en aantal ingeschreven patiënten per combinatie van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm
4. Indeling in clusters van ICD-9-CM codes
5. Top-25 van huisartsen en bijbehorende ICD-9-CM codes
6. Kruistabel-analyse van het aantal nieuwe verwijzingen naar leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en vier diagnosegroepen betrokken op het aantal ingeschreven patiënten naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm
7. Kruistabel-analyse van het aantal nieuwe verwijzingen per leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en vijf groepen van klachten betrokken op het aantal ingeschreven patiënten naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm
8. Leeftijd/geslachtsverdeling van gebruikers van fysiotherapeutische zorg naar verwijzer
9. Top-25 medisch-specialisten
10. Keuze van behandeldoelen in relatie tot de aard van de aandoening (medische diagnose)
11. Keuze van behandeldoelen in relatie tot de gevolgen van de aandoening (beperking)
12. Resultaat van de behandeling in termen van het bereiken van behandeldoelen naar de duur van de klacht
13. Resultaat van de fysiotherapeutische behandeling naar het oordeel van de fysiotherapeut
14. Begrippenlijst

1. INLEIDING

Wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de fysiotherapie staat op dit moment volop in de belangstelling. Een tiental jaren geleden stond de klinische beschouwing van afzonderlijke patiënten centraal, nu is de aandacht verlegd naar onderzoek van therapeutische effecten bij grotere groepen patiënten, naar epidemiologisch onderzoek en naar onderzoek van structuur en functioneren van het fysiotherapeutisch zorgsysteem.

Het onderzoeksproject 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg' van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) heeft als doel het vergaren van gegevens omtrent de plaats en het functioneren van de fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Daartoe zijn gegevens verzameld over onder meer de verwijzing van patiënten naar fysiotherapeuten, de behandeling van deze patiënten door fysiotherapeuten en de relatie tussen verwijzers en fysiotherapeuten.

De resultaten van dit onderzoek vormen de basis voor beleidsonderzoek op het gebied van de fysiotherapie. Generaliseerbaarheid en representativiteit van (andere) onderzoeksresultaten kunnen aan deze basisgegevens worden getoetst.

Dit rapport gaat over verwijzingen door huisartsen voor fysiotherapie en over fysiotherapeutische behandelingen. De klachten en diagnoses, die ten grondslag liggen aan de verwijzing worden beschreven. Ook komt de fysiotherapeutische behandeling aan de orde; het doel van de behandeling en de therapeutische middelen treden op de voorgrond. De gegevens over het verwijzpatroon van de huisartsen en de behandeling door de fysiotherapeuten zijn verkregen door middel van registraties. Zowel huisartsen als fysiotherapeuten noteerden diverse gegevens van patiënten die werden doorverwezen voor of behandeld met fysiotherapie.

De gegevens van de huisartsen zijn verzameld gedurende het jaar 1985 door de huisartsen die zijn aangesloten bij de 'Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations'. Het 'peilstationsproject' is een gezamenlijk project van NIVEL, het Ministerie van WVC en de Geneeskundige Hoofdinspectie.

Registratiegegevens met betrekking tot de fysiotherapeutische behandeling van patiënten zijn verzameld door zo'n 200 fysiotherapeuten uit 55, over heel Nederland verspreide, praktijken.

De opbouw van dit rapport is als volgt:

In hoofdstuk twee worden de voor dit rapport relevante vraagstellingen geformuleerd en wordt aandacht geschonken aan de achtergronden bij de vraagstellingen. Hoofdstuk drie is gereserveerd voor de beschrijving van de materiaalverzameling. In hoofdstuk vier komen de resultaten aan de orde van de registratie van patiënten die door huisartsen voor fysiotherapie zijn verwezen. De opbouw van dit hoofdstuk volgt de vraagstellingen die geformuleerd worden in hoofdstuk 2.

Resultaten die betrekking hebben op de registratie van fysiotherapeutische behandelingen beslaan de hoofdstukken vijf en zes.

Hoofdstuk vijf gaat over de kenmerken van de behandelde patiënten en over de behandeling van deze patiënten waarbij vooral het doel en de vorm van de behandeling ter sprake komen.

In hoofdstuk zes worden de resultaten van de behandeling naar het oordeel van de fysiotherapeut besproken.

Hoofdstuk zeven is gereserveerd voor de verschillen tussen huisartsen en fysiotherapeuten in hun perceptie van klachten en diagnoses* bij dezelfde patiënten. In dit hoofdstuk wordt ook ingegaan op het behandelingsvoorstel van de huisarts en de feitelijk uitgevoerde behandeling door de fysiotherapeut.

De hoofdstukken waarin de resultaten van het onderzoek beschreven worden - vier, vijf, zes en zeven - worden elk afgesloten met een samenvatting waarin wordt teruggegrepen naar de relevante vraagstellingen.

Het rapport eindigt met een discussie in hoofdstuk acht.

Het feit dat het doel van het onderzoek was om basisgegevens te verzamelen kan ertoe leiden dat bij de lezer soms het gevoel ontstaat dat er weinig nieuws gepresenteerd wordt in dit rapport. Het is natuurlijk ook weinig opzienbarend dat, om maar een voorbeeld te noemen, 90% van de klachten van patiënten die door een huisarts naar een fysiotherapeut verwezen worden, betrekking heeft op het bewegingsstelsel. We moeten deze uitkomsten echter zien tegen de achtergrond van het feit dat exacte gegevens op dit gebied niet voorhanden zijn, waardoor in sommige gevallen oordelen over de fysiotherapie sterk kunnen afwijken van de werkelijkheid.

* Zie begrippenlijst, bijlage 14

2. VRAAGSTELLINGEN

Fysiotherapie behoort in Nederland hoofdzakelijk tot de eerstelijns-gezondheidszorg. Ongeveer 75% van de fysiotherapeuten is werkzaam in een vrijgevestigde praktijk.

De vraagstelling in het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg' is in eerste instantie dan ook gericht op deze eerstelijns-fysiotherapie.

De vraagstelling is gericht op de trits hulpvrager-verwijzer-fysiotherapeut en kan als volgt worden omschreven:

1. Waardoor wordt de hoogte van het verwijscijfer van huisartsen naar fysiotherapeuten beïnvloed en hoe kunnen de grote verschillen tussen huisartsen op dit gebied verklaard worden?
2. Welke patiënten worden bij welk soort klachten of diagnoses door (huis)artsen verwezen?
3. Welke behandelingen worden door de fysiotherapeuten verricht bij welke klachten en diagnoses?

De eerste vraag, omtrent de hoogte van het verwijscijfer van huisartsen, is in het eerste rapport beantwoord (Kerssens e.a., 1986) en blijft hier verder buiten beschouwing. In dit rapport worden de tweede en derde vraagstelling beantwoord. Omdat deze vraagstellingen in globale termen zijn verwoord, zal eerst worden ingegaan op de achtergronden van deze vraagstellingen, alvorens zij in specifieke deelvragen opgesplitst worden.

2.1. Welke patiënten worden bij welk soort klachten of diagnoses door huisartsen verwezen?

Volgens de wet mogen fysiotherapeuten geen patiënten behandelen die rechtstreeks hun hulp inroepen. In de wet op de Paramedische Beroepen en het daarbij behorende Fysiotherapeutenbesluit wordt bepaald dat fysiotherapeutische zorg slechts na verwijzing door een geneeskundige of tandarts een aanvang kan nemen. Daarnaast zijn in het kader van de ziekenfondsverzekering (en door sommige particuliere verzekeraars) voorwaarden gesteld, zoals een machtiging (toezegging tot betaling van de behandeling) van het ziekenfonds (of verzekeraar). De bovengenoemde vraagstelling richt zich uitsluitend op de huisarts als verwijzer. De eventuele verschillen in diagnoses bij

verwijzing voor fysiotherapie tussen huisartsen en medisch-specialisten komen aan de orde bij de bespreking van de registratie die fysiotherapeuten bijhielden (zie pagina 9).

Eerder onderzoek dat zich richtte op de vraag welke patiënten bij welk soort klachten of diagnoses worden verwezen of in fysiotherapeutische behandeling zijn, is ondernomen door Van den Brekel (1985), Kerkhoff e.a. (1985), Crebolder (1983), Buyten e.a. (1977) en Bartels e.a. (1984).

Verreweg het grootste gedeelte van de patiënten dat in de eerste lijns-fysiotherapie wordt behandeld, is verwezen door de huisarts. Van den Brekel (1985) heeft het in dit verband over twee-derde deel van de patiënten. Crebolder (1983) vermeldt 60%. Bartels e.a. (1984) constateerden zelfs dat 85% door de huisarts was verwezen.

Huisartsen beïnvloeden het gebruik van de fysiotherapeutische zorg aldus aanzienlijk.

Van den Brekel (1986) analyseerde CBS-gegevens afkomstig van het Leefsituatie Onderzoek en van de continue Gezondheidsenquête. Uit dit, voor de Nederlandse situatie representatieve, materiaal kan de vraag beantwoord worden welke patiënten gebruik maken van fysiotherapeutische zorg; gegevens over de klachten van deze patiënten zijn zeer summier.

Belangrijke resultaten uit de gezondheidsenquête 1982-1983 zijn: Bijna 10% van de bevolking heeft in één jaar tijd contact gehad met een fysiotherapeut. Dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van de situatie in 1974. Vrouwen maken meer gebruik van fysiotherapeutische zorg dan mannen (56% van de gebruikers is vrouw). Dit verschil is vooral terug te voeren op de hogere leeftijdscategorieën. Oudere vrouwen roepen meer dan oudere mannen de hulp in van de fysiotherapeut. De gegevens van het CBS laten niet toe een rechtstreeks verband te leggen tussen het contact met een fysiotherapeut en de klachten van de patiënt. Beide vragen zijn onafhankelijk van elkaar gesteld. Er is, met andere woorden, gevraagd naar contact met een fysiotherapeut en naar klachten, maar niet naar welke klachten aanleiding gaven tot contact met een fysiotherapeut. Gegeven deze beperking van het onderzoeksmateriaal is door Van den Brekel (1985) wel onderscheid gemaakt tussen patiënten met langdurige aandoeningen (24%) en overige patiënten. Binnen de groep patiënten met langdurige aandoeningen wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten met rugaandoeningen, gewrichtsaandoeningen en overige aandoeningen. Het verschil in gebruik van fysiotherapeutische zorg tussen mannen en vrouwen zou vooral te maken hebben met de hogere prevalentie van

degeneratieve gewrichtsaandoeningen bij oudere vrouwen.

De Gezondheidsenquête is een gebruikersonderzoek. De indicatiestelling van de verwijzend arts is daarmee niet te onderzoeken. De indicatiestelling gaat over de vraag bij welke diagnose de arts een behandeling fysiotherapie geïndiceerd acht. Kerkhoff e.a. (1985) analyseerde gegevens van verzekerden van het Ziekenfonds Westelijk Zuid-Hollandse Eilanden. Dit onderzoek is uiteraard niet representatief voor de Nederlandse situatie. Het Ziekenfonds WZE heeft, in vergelijking met andere ziekenfondsen, erg lage kosten per verzekerde voor fysiotherapeutische hulp. Het onderzoek maakt gebruik van de zogeheten aanvraagformulieren waarop de behandelend arts, namens zijn patiënt, vraagt of het ziekenfonds met de behandeling van de verzekerde kan instemmen. Deze formulieren bevatten onder meer naam, leeftijd en geslacht van de verzekerde en een korte omschrijving van de klachten of diagnose.

Zeer verschillende medische motiveringen werden op de aanvraag aangetroffen: zowel eenduidige diagnoses als min of meer accurate omschrijvingen van de aandoening, als vermelding van de gepresenteerde klachten. Dit had tot gevolg dat de indicaties slechts zeer gebrekkig ingedeeld konden worden.

De meest voorkomende categorie van de indicaties blijken nek- en schouderklachten te zijn, gevolgd door de onderrugklachten.

Vrouwen zijn oververtegenwoordigd bij patiënten met hoofdklachten, met chronische aandoeningen en met klachten van nek en schouders. De mannen daarentegen zijn duidelijk oververtegenwoordigd onder degenen voor wie wegens longaandoeningen een machtiging is aangevraagd (Kerkhoff e.a., 1985).

Beide hierboven besproken onderzoeken hebben betrekking op een groot aantal waarnemingen. Op veel bescheidener schaal hebben ook Buyten e.a. (1977), Crebolder (1983) en Bartels e.a. (1984) zich met de kenmerken van verwezen patiënten en de indicatiestelling bij verwijzing bezig gehouden. Het betrof patiënten van het gezondheidscentrum Ommoord (Buyten e.a., 1977), van het Gezondheidscentrum Withuis (Crebolder, 1983) en patiënten uit de stad Utrecht (Bartels e.a., 1984).

Uit deze onderzoeken blijkt dat de meest voorkomende aandoeningen of klachten waarbij mensen naar een fysiotherapeut worden verwezen, bestaan uit nek-, schouder- en rugklachten.

Hoewel deze onderzoeken niet representatief zijn voor de landelijke situatie en de frequentieverdelingen van de aard van de aandoeningen uit de verschillende onderzoeken niet vergelijkbaar zijn omdat ieder

zijn 'eigen' indeling van diagnoses of klachten gebruikt heeft, kan worden aangenomen dat het merendeel der klachten betrekking heeft op het bewegingsstelsel.

Naast de diagnose zijn door onderzoekers ook andere aspecten van de klacht geclassificeerd. Uit het onderzoek van Crebolder (1983) blijkt dat bijna de helft van de klachten die voor verwijzing voor fysiotherapie in aanmerking kwamen van somatische aard is en slechts een zeer klein gedeelte (7%) overwegend psycho-sociaal van aard is. In het onderzoek van Buyten e.a. (1977) was in eenderde van de gevallen door de huisarts bij de verwijzing 'probleemgedrag' geconstateerd. Hieronder worden problemen met betrekking tot relaties, seksualiteit, werk etc. verstaan. Overigens stelden de fysiotherapeuten bij nog eens eenderde dergelijke problematiek vast.

Bepaalde diagnoses en klachten kunnen duidelijk worden gerelateerd aan problematiek van psychische en/of sociale oorsprong. Spanningshoofdpijn en hyperventilatie zijn hiervan bekende voorbeelden. Daarnaast wordt steeds vaker verband gelegd tussen rugklachten en psycho-sociale problematiek.

Crebolder (1983) rapporteerde dat 51% van de voor fysiotherapie verwezen patiënten reeds eerder fysiotherapeutische behandeling genoot. Van degenen die eerder verwezen waren was tweederde voor dezelfde klacht verwezen. Bartels e.a. (1984) troffen soortgelijke cijfers aan: 60% was eerder verwezen en van hen 64% voor dezelfde klacht. Buyten e.a. (1977) onderzochten hoeveel procent van de patiënten die in één jaar werden verwezen, binnen een half jaar weer werden behandeld. Dat bleek slechts 7% te zijn.

Uit dit literatuuroverzicht blijkt dat op grond van reeds verricht onderzoek de vraag naar welke patiënten met welk soort klachten door huisartsen worden verwezen slechts gedeeltelijk kan worden beantwoord. In het onderhavige onderzoek wordt een poging ondernomen deze vraag meer systematisch te beantwoorden. Daartoe is de vraagstelling in enkele deelvragen uitgesplitst:

- Hoe is de verdeling naar sociaal-demografische kenmerken (leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm) van door huisartsen verwezen patiënten?
- Wat zijn de klachten van patiënten die door huisartsen naar een fysiotherapeut worden verwezen?
- Welke diagnose is door huisartsen gesteld bij verwijzing voor fysiotherapie?
- Is er een relatie tussen sociaal-demografische kenmerken van de verwezen patiënten en de diagnose of klachten?

Om deze deelvragen te kunnen beantwoorden is een registratie opgezet van verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten. De registratie is tevens aangegrepen om te onderzoeken van wie over het algemeen het initiatief tot de verwijzing uitgaat, van de huisarts of van de patiënt en of de huisarts een verwijzing vergezeld laat gaan door een behandelingsvoorstel.

Ofschoon, zoals aan het begin van deze paragraaf aangegeven is, de vraag naar fysiotherapeutische zorg via de tussenschakel van de verwijzing verloopt, kunnen patiënten door in het consult de mogelijkheid van een verwijzing naar de fysiotherapeut ter sprake te brengen of door aan te dringen op een verwijzing wel invloed uitoefenen op het verwijsproces.

De verwijzing hoeft niet noodzakelijk met een behandelvoorstel gepaard te gaan. Als uitdrukking van de eigen verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut, wordt door veel artsen geen behandelvoorstel gegeven. Hoe vaak wel een behandelvoorstel gedaan wordt en wat daarvan de inhoud is, wordt in dit onderzoek in kaart gebracht.

2.2. Welke behandelingen worden door fysiotherapeuten verricht bij welke klachten en diagnoses?

Na verwijzing door een arts (en bij ziekenfondspatiënten na machtiging door het ziekenfonds) kan de fysiotherapeutische zorg een aanvang nemen. Binnen de fysiotherapeutische behandeling kan een aantal therapeutische middelen worden gekozen. In onderzoek dat zich richt op de behandeling staan deze therapeutische middelen centraal.

In het eerder geciteerde onderzoek van Crebolder (1983) bijvoorbeeld wordt de behandeling uitgedrukt in therapeutische middelen: bij patiënten die door de huisarts zijn verwezen wordt in 7% alleen massage- en/of bewegingstherapie toegepast, in 8% wordt alleen fysische therapie in engere zin toegepast en in 85% een combinatie van massage- en/of bewegingstherapie en fysische therapie in engere zin. Bij patiënten die door de medisch-specialist zijn verwezen liggen deze percentages iets anders: respectievelijk 16%, 11% en 73%.

De gelijkschakeling van de behandeling met de therapeutische middelen die worden aangewend doet weinig recht aan het proces van de fysiotherapeutische zorg. Bertels e.a. (1985) onderscheiden daarom behandeldoel en behandelplan. Bij het doel van de behandeling moet de nadruk liggen op het herstel van het dagelijks functioneren van de hulpvrager (eventueel met hulp in de thuissituatie) en niet op het technisch wegnemen van de kwaal. Dat is bij uitstek van toepas-

sing op hulpvragers met aandoeningen, die als gevolg van leeftijd of handicap niet meer kunnen genezen. De behandeling richt zich weliswaar op de lichamelijke klachten, maar niet in de absolute zin van volledige genezing. Bovendien wordt in de doelstelling ook rekening gehouden met de situatie en gesteldheid van de hulpvrager (Bertels e.a., 1985, p.154).

De therapeutische middelen die deel uitmaken van de behandeling worden door de auteurs onder de noemer 'behandelplan' gebracht. Naast bewegings-, massagetherapie en fysieke therapie in engere zin wordt ook de 'praatfunctie' van de fysiotherapeut belicht. Uitleg over het ontstaan van de klacht, over de relatie van de klacht met de werkomgeving en over de door de patiënt uit te voeren oefeningen, speelt een rol in het merendeel van de fysiotherapeutische behandelingen. Overigens bleek in het onderzoek dat de explicitering van behandelplan en -doel dient te worden verbeterd (idem, p.187). Het onderzoek van Bertels e.a. is uitgevoerd in zeven Amsterdamse gezondheidscentra. Gezien de specifieke werksituatie van de fysiotherapeuten is de generaliseerbaarheid van het onderzoeksresultaat begrensd.

De bevindingen van Tap (1987) laten inderdaad zien dat de dagelijkse praktijk van eerstelijns-fysiotherapeuten er anders uitziet dan uit het onderzoek van Bertels e.a. (1985) blijkt. In een poging de controlemogelijkheden van het Rotterdams Ziekenfonds in kaart te brengen is ook het behandelplan van fysiotherapeuten onderzocht. Onder het behandelplan wordt door Tap (1987) het behandelplan en de therapeutische middelen verstaan. Op het aanvraagformulier voor fysiotherapie - opgestuurd door de fysiotherapeut om 'gemachtigd' te worden de behandeling uit te voeren - ontbreekt de diagnose nagenoeg nooit. Maar het doel van de behandeling, pijnvermindering, bewegingsuitslag vergroten, ontspannen etc., werd slechts in 11% van de gevallen aangetroffen (Tap, 1987, p.64).

Zowel de onderzoeken van Crebolder (1983) en Bertels e.a. (1985) als dat van Tap (1987) laten de relatie tussen medische diagnose, behandelplan en therapeutische middelen onbesproken. Toch is deze relatie van belang omdat artsen de indicatie stellen in termen van een medische diagnose en fysiotherapeuten beschikken over de therapeutische middelen ter behandeling van de, door de arts verwezen, patiënt.

Bartels e.a. (1983) gaan wel in op de relatie tussen medische diagnoses en therapeutische middelen. Uit hun resultaten blijkt dat patiënten met aandoeningen van post-operatieve aard relatief veel bewegingstherapie krijgen. Patiënten met aandoeningen van psychische

aard (bijvoorbeeld hyperventilatie) of met rugaandoeningen krijgen relatief veel massagetherapie. Patiënten met aandoeningen van spieren, pezen en andere weke delen die niet gelocaliseerd zijn in de rug krijgen relatief veel fysieke therapie in engere zin. Overigens is de relatie tussen de diagnose en de aangewende therapeutische middelen nogal diffuus en zijn de resultaten, vooral bij weinig voorkomende diagnoses, niet erg betrouwbaar. De oorzaak hiervan is dat er slechts 200 patiënten in het onderzoek zijn betrokken. Bij uitsplitsing naar diagnose-groepen zijn dan de aantallen nog veel kleiner.

In het hier beschreven onderzoek wordt de relatie tussen diagnose/klachten en de behandelingsvorm - de therapeutische middelen - nader onderzocht.

De algemene vraagstelling kan verwoord worden in een aantal deelvragen:

- Hoe is de verdeling naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van gebruikers van fysiotherapeutische zorg?
- Wat zijn de klachten van deze patiënten?
- Welke indicaties/diagnoses heeft de verwijzend arts gesteld bij de patiënten?

Deze vragen lijken op de deelvragen die in paragraaf 2.1 zijn onderscheiden. Een groot verschil is dat deze drie deelvraagstellingen niet alleen betrekking hebben op de indicatiestelling van de huisarts, maar ook op de indicatiestelling van medisch-specialisten. Verschillen tussen patiënten van huisarts en medisch-specialist zullen hier op de voorgrond treden.

Om recht te doen aan het fysiotherapeutische zorgproces wordt ook het doel van de behandeling nader gespecificeerd. Fysiotherapeuten stellen (in eerste instantie) het behandeldoel naar aanleiding van de bevindingen van het fysiotherapeutisch onderzoek.

Dit brengt ons op de volgende deelvragen die betrekking hebben op de inhoud van de fysiotherapeutische behandeling:

- Wat zijn de bevindingen van het fysiotherapeutisch onderzoek?
- Welke behandeldoelen streeft de fysiotherapeut na?
- Welke therapeutische middelen gebruikt de fysiotherapeut naar aanleiding van de onderscheiden behandeldoelen?
- Wat is de relatie tussen aandoening (diagnose) en behandeldoel?

In hoofdstuk vijf worden de resultaten beschreven van de gegevens die bij de fysiotherapeut zijn verzameld en naar aanleiding waarvan een antwoord wordt geformuleerd op de vraag: Welke behandelingen worden door fysiotherapeuten verricht bij welke klachten en diagnoses? De opzet van hoofdstuk vijf volgt de deelvragen die naar aanleiding van deze vraagstelling zijn geformuleerd.

De behandeling wordt, in de dagelijkse praktijk, door de fysiotherapeut geëvalueerd om te bepalen of de behandeling kan worden afgesloten of dat eventueel verder behandelen gewenst is. Deze evaluaties zijn door ons geïnventariseerd, naar aanleiding van de volgende vraagstelling:

- Wat is het subjectieve oordeel van de fysiotherapeut over het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling?

In hoofdstuk zes zal getracht worden een antwoord te formuleren op deze vraag.

De keuze van verwijzende huisartsen en behandelende fysiotherapeuten staat het toe van beide hulpverleners gegevens te verkrijgen over gemeenschappelijke patiënten. Dit brengt ons op de laatste vraagstelling:

- Wat zijn de verschillen in de perceptie van huisarts en fysiotherapeut van gemeenschappelijke patiënten?

3. MATERIAALVERZAMELING

3.1. Onderzoekspopulatie

Ter beantwoording van de vragen uit hoofdstuk twee is gekozen voor een breed opgezette registratie van patiënten door huisartsen en fysiotherapeuten. Van de gegevens die deze registraties opleveren kan verwacht worden dat ze een representatief beeld vormen van het verwijspatroon voor en behandeling met eerstelijns-fysiotherapie. Voor de vastlegging van gegevens omtrent de verwijzing voor fysiotherapie, is een beroep gedaan op de huisartsen, verbonden aan de praktijken die participeren in de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations. Het voordeel van het gebruik van deze 'peilstationsartsen' voor het onderzoek is dat gegevens omtrent de samenstelling van hun praktijken wat betreft leeftijdsopbouw, geslacht en verzekeringsvorm van de patiënten bekend zijn. De gezamenlijke patiënten van de peilstationsartsen vormen een steekproef van 1% van de Nederlandse bevolking (Continue Morbiditeitsregistratie peilstations Nederland 1985).

De deelnemende artsen turven gegevens over een aantal diagnoses en verrichtingen op een zogenoemde weekstaat. Sommige van deze diagnoses en verrichtingen worden gedurende een groot aantal jaren geturfd (bijvoorbeeld influenza), terwijl andere voor een beperkte periode opgenomen worden. Gedurende het hele jaar 1985 zijn door de peilstationsartsen verwijzingen naar fysiotherapeuten bijgehouden, onderverdeeld naar nieuwe verwijzingen en verlengingen.

Het peilstationsproject biedt gelegenheid om naast de gegevens op de weekstaat over enkele onderwerpen extra gegevens te laten registreren. Dat is in 1985 gebeurd voor de nieuwe verwijzingen naar fysiotherapeuten. Voor elke nieuwe verwijzing moest een registratieformulier ingevuld worden. De gegevens die daaruit afkomstig zijn vormen de hoofdmoot van dit deel van het rapport.

De definitie van een nieuwe verwijzing is: de verwijzing van een patiënt na een klachtenvrije periode. De beoordeling of een verwijzing een nieuwe is of het vervolg van een lopende behandeling werd aan de interpretatie van de arts overgelaten.

59 huisartsen in 44 praktijken werkten aan het onderzoek mee.

Waar meer artsen in één praktijk werkzaam zijn, zijn de registratiegegevens per praktijk (dus niet per afzonderlijke huisarts) gegroepeerd.

Om de vraagstelling met betrekking tot de behandeling van patiënten door fysiotherapeuten te beantwoorden - zie paragraaf 2.2 - is een registratie van patiënten, die door eerstelijns-fysiotherapeuten behandeld worden, opgezet. Net zoals bij de huisarts een onderscheid is gemaakt tussen nieuwe en verlengingsverwijzingen, is ook bij de fysiotherapeut onderscheid gemaakt tussen een nieuwe behandeling en het vervolg van een lopende behandeling. Een patiënt is in de registratie opgenomen wanneer hij zich voor het eerst of opnieuw sedert enige tijd aanmeldt voor een fysiotherapeutische behandeling. De registratie van de patiënt is afgesloten indien de betrokken patiënt niet langer meer voor de aanvankelijke klachten wordt behandeld. Indien de behandeling van een patiënt is geëindigd doch de patiënt keert na kortere of langere tijd voor dezelfde of andere klachten bij de fysiotherapeut terug, dan geldt dit weer als een nieuwe behandeling en de patiënt wordt opnieuw in de registratie opgenomen.

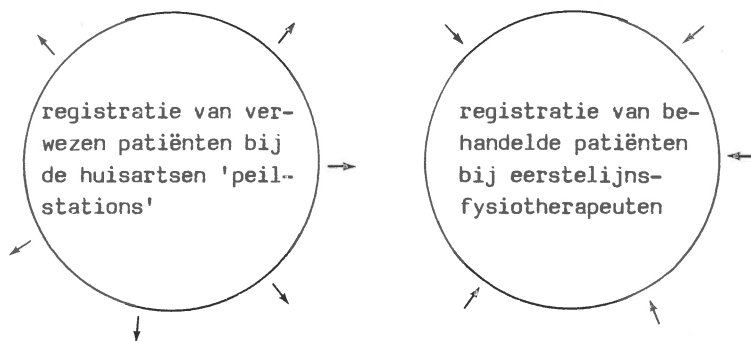
Anders dan bij de patiëntenregistratie in de huisartspraktijk, kunnen patiënten die onder fysiotherapeutische behandeling zijn, niet betrokken worden op een welomschreven patiëntenpopulatie. De keuze van de hulpverlener is in principe vrij, dit geldt zowel ten aanzien van de huisarts als ten aanzien van de fysiotherapeut. Als een patiënt eenmaal een huisarts heeft gekozen wordt hij bij deze huisarts ingeschreven en er is dus sprake van een omschreven patiëntenpopulatie. De keuze van een patiënt voor een fysiotherapeut is ten alle tijde vrij; alleen voor een ziekenfondspatiënt geldt dat hij een hulpverlener kiest die een contract heeft met het ziekenfonds van de desbetreffende patiënt, maar dit laat in de praktijk toch nog een ruime keuze toe. De fysiotherapeut is dus niet werkzaam voor een welomschreven patiëntenpopulatie en dit impliceert dat de epidemiologische noemer ontbreekt.

De registrerende fysiotherapeuten vormen geen a-selecte steekproef van alle fysiotherapeuten die in Nederland in de eerstelijns-fysiotherapie werkzaam zijn. Er is voor gekozen om de selectie van de fysiotherapeuten te laten afhangen van de oriëntatie van de huisartsen die in het peilstationsproject participeren. De motivatie voor deze keuze is de wens om van dezelfde patiënten materiaal te verzamelen zowel bij de huisarts als bij de fysiotherapeut, teneinde aan de hand van dit materiaal verschillen te kunnen signaleren tussen de perceptie van beide hulpverleners. Door de huisartsen van het peilstationsproject is een lijstje overlegd met fysiotherapiepraktijken waarnaar zij veel verwijzen. Deze fysiotherapiepraktijken zijn benaderd om deel te nemen aan ons project en afhankelijk van de bereid-

heid daartoe hebben de fysiotherapeuten uit deze praktijken patiënten geregistreerd. In verstedelijkte gebieden waar de patiënten van de verwijzende peilstationartsen uitwaaiëren over een groot aantal fysiotherapiepraktijken is de kans klein dat van één en dezelfde patiënt materiaal verzameld is bij zowel de huisarts als de fysiotherapiepraktijk. Figuur 3.1 geeft deze situatie grafisch weer.

Er is een aantal fysiotherapiepraktijken dat de belasting van de registratie van alle nieuwe patiënten als te zwaar inschatte, maar wel bereid was patiënten die via een peilstationsarts onder behandeling werden genomen, te registreren. Van deze mogelijkheid is door ons dankbaar gebruik gemaakt.

Figuur 3.1.: Stroomdiagram van patiënten in de eerstelijns-fysiotherapie



3.2. Registratieformulier voor gegevens van voor fysiotherapie verwezen patiënten

De constructie van het registratieformulier is gebaseerd op de vraagstellingen zoals genoemd in paragraaf 2.1. De gegevens die naar aanleiding hiervan zijn verzameld kunnen worden ondergebracht in vier rubrieken:

1. Sociaal-demografische gegevens
2. Klachten en diagnoses
3. Verwijsinitiatief
4. Behandelingsvoorstel.

3.2.1. Sociaal-demografische gegevens

Uit epidemiologisch gezichtspunt is het van belang om de samenstelling van de groepen patiënten naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm te beschrijven.

Lamberts (1984) registreerde een relatie tussen leeftijd, geslacht en diagnoses of klachten: artrosisklachten komen het meest voor bij oudere vrouwen. In dezelfde lijn, geslachts- en/of leeftijdsgebonden, liggen wellicht andere klachten als reuma, posttraumatische aandoeningen (sportletsels), hyperventilatie en postoperatieve aandoeningen.

De sociaal-demografische gegevens worden gebruikt voor de beschrijving van de patiënten. Het geslacht en de leeftijd van de verwezen patiënten worden betrokken op de samenstelling van de praktijk naar leeftijd en geslacht. De samenstelling van de praktijk naar de verzekeringsvorm per leeftijd/geslacht-categorie is niet bekend.

Omdat het materiaal betrekking heeft op nieuw verwezen patiënten, kan hierbij de volgende kanttekening gemaakt worden: Het gebruik van fysiotherapeutische zorg neemt met de leeftijd toe, maar het relatieve aandeel van nieuwe verwijzingen neemt met de leeftijd af. Oudere patiënten zullen dus relatief zijn ondervertegenwoordigd, omdat zij meer aandoeningen van chronische aard hebben (Van den Brekel, 1985).

Naast de onderzochte sociaal-demografische gegevens kunnen ook andere kenmerken relevant zijn voor de aard van de diagnoses en klachten. Hierbij kan gedacht worden aan het beroep van de patiënt, de urbanisatiegraad van zijn woonplaats en zijn opleiding.

Deze gegevens zijn echter niet verzameld.

3.2.2. Klachten en diagnoses

Uit pragmatische overwegingen zijn de gegevens over de diagnoses en klachten verzameld door een open vraag. De artsen konden vrijelijk de aard van de klachten en diagnoses invullen. De klacht van de patiënt is dus ook door de huisarts genoteerd. Als er geen specifieke diagnose is gesteld, zijn de voornaamste bevindingen over de aandoening door de arts op het formulier gezet. De gegevens zijn achteraf geclassificeerd.

De arts kon naast de klacht van de patiënt tevens invullen of naar zijn oordeel psycho-sociale of functionele aspecten bij deze klacht een rol spelen. Een en ander houdt niet in dat de huisarts een diepgaand onderzoek moest instellen maar slechts zijn oordeel op grond van de reeds bekende gegevens moest weergeven. Voor dit doel is een zespuntsschaal geconstrueerd zoals in Verhaak (1985) waarvan de bedoeling is na te gaan of de arts psycho-sociale aspecten aan somatische klachten onderscheidt (en vice-versa). De klacht is, door de huisarts, in één van de volgende categorieën ingedeeld:

1. Puur somatische klacht;

2. Somatische klacht die psycho-sociale problemen met zich meebrengt;
3. Somatische klacht waarachter ik (dat wil zeggen de arts) psycho-sociale problemen vermoed;
4. Psycho-sociale klacht waarachter ik somatische problemen vermoed;
5. Psycho-sociale klacht die somatische problemen met zich meebrengt;
6. Puur psycho-sociale klacht.

Patiënten die een nieuwe verwijzing naar de fysiotherapeut krijgen, presenteren niet altijd nieuwe klachten. Zoals hierboven staat, is het criterium voor een nieuwe verwijzing immers niet de aard van de klacht. Om inzicht te krijgen in hoeverre de patiënt een nieuwe klacht presenteert of een oude klacht opnieuw presenteert zijn de volgende vragen opgenomen: Betreft de klacht een recidief van een bestaande klacht of aandoening? Is de patiënt eerder met fysiotherapie behandeld, ofwel voor dezelfde klacht danwel voor andere klachten?

3.2.3. Verwijsinitiatief

Om te inventariseren van wie het initiatief tot verwijzen uitging, is een vijfpuntsschaal opgenomen met de volgende alternatieven:

1. (bijna) uitsluitend van de huisarts;
2. meer van de huisarts dan van de patiënt;
3. in (ongeveer) gelijke mate van huisarts en patiënt;
4. meer van de patiënt dan van de huisarts;
5. (bijna) uitsluitend van de patiënt;

Daarnaast is nog een keuzemogelijkheid opengelaten om te kunnen aangeven dat de patiënt via een andere hulpverlener naar de huisarts kwam voor een verwijzing voor fysiotherapie. Hierbij heeft de huisarts een min of meer administratieve functie; de patiënt weet immers al dat zijn klacht een verwijsreden vormt voor fysiotherapie, maar heeft voor de behandeling zelf een verwijskaart nodig. De huisarts heeft ook (slechts) een administratieve functie als een patiënt na een operatieve ingreep door een medisch-specialist bij de huisarts een verwijskaart voor fysiotherapie komt halen. Daarom is gevraagd of de verwijzing van de patiënt de nabehandeling van een operatie betrof.

3.2.4. Behandelingsvoorstel

Tenslotte zijn er op het registratieformulier enkele vragen opgenomen die onder de rubriek 'behandelingsvoorstel' vallen. De rubriek is niet zozeer van belang als het gaat om de vraag welke patiënten

met welk soort klachten of diagnoses voor fysiotherapie worden verwezen. Voor de vraagstelling aangaande de wijze waarop de patiënten behandeld worden, is dit wel van belang. In hoofdstuk zeven wordt ingegaan op het behandelingsvoorstel in relatie tot de daadwerkelijk uitgevoerde behandeling en daar hebben we dit gegeven nodig. De rubriek wordt hier besproken omdat het materiaalverzameling in de huisartspraktijk betreft. De vraag naar het behandelingsvoorstel heeft vier alternatieven:

1. geen behandeling voorgesteld;
2. alleen massage en oefentherapie;
3. massage en oefentherapie gecombineerd met ..
4. alleen fysiotherapeutische applicaties te weten ...

Op de plaats van de puntjes wordt de huisarts geacht aan te geven welke soort van fysiotherapeutische applicatie (vorm van fysieke therapie in engere zin) is voorgesteld.

Naast het behandelingsvoorstel is gevraagd hoeveel behandelingen zijn voorgesteld en met welke frequentie de behandelingen gegeven dienen te worden.

Het registratieformulier waarop gegevens van nieuw-verwezen patiënten zijn genoteerd is als bijlage 1 opgenomen.

3.3. Volledigheid van de verwijsregistratie

Verwijzingen voor fysiotherapie zijn door de peilstations op twee manieren geregistreerd: door middel van de weekstaat en door middel van aanvullende registratieformulieren (dit laatste alleen voor nieuwe verwijzingen). De weekstaten zijn zo ontworpen dat invulling van de gegevens weinig moeite kost. De peilstationsarts heeft de weekstaat voor zich op het bureau en zodra hij de patiënt naar de fysiotherapie heeft verwezen, turft hij de patiënt op de weekstaat. Het invullen van de aanvullende registratieformulieren is wat meer werk en het is denkbaar dat de aanvullende formulieren pas na het spreekuur zijn ingevuld. Het lijkt een plausibele veronderstelling dat de gegevens op de weekstaat (vrijwel) volledig zijn.

Door alle peilstationsartsen samen zijn 6572 nieuwe verwijzingen geturfd, terwijl het aantal aanvullende registratieformulieren 6492 bedraagt en dit wil zeggen dat gegevens betreffende klachten en diagnoses van 1,5% van de nieuw verwezen patiënten ontbreekt. Gezien de extra belasting die het invullen van de registratieformulieren

met zich meebracht een alleszins acceptabel verlies.

Een van de peilstationsartsen heeft verhoudingsgewijs erg weinig nieuwe verwijzingen geturfd (zeven) terwijl het aantal verlengingsverwijzingen (321) door deze arts wel normaal is geturfd. Bij navraag bleek deze arts geen aanvullende registratieformulieren te willen invullen. Gesteld dat bij deze arts de verhouding nieuwe en verlengingsverwijzingen niet anders is dan bij de gemiddelde peilstationsarts, zijn er ongeveer 480 nieuwe verwijzingen niet geturfd.

3.4. Registratieformulier voor gegevens van met fysiotherapie behandelde patiënten

Een fysiotherapeutische behandeling bestaat uit een min of meer afgeronde serie zittingen. Bij het ontwerp van het registratieformulier is getracht aan te sluiten bij het proces dat de patiënt doorloopt gedurende de behandeling. Dit proces verloopt in verschillende stadia. Tijdens de eerste zitting vindt registratie plaats van een aantal patiëntkenmerken op grond waarvan het doel en de vorm van de behandeling wordt afgestemd. Vervolgens begint de eigenlijke therapie waarbij de fysiotherapeut evalueert of behandeldoel en -vorm aan de gestelde verwachtingen beantwoorden. Eventueel kunnen doel en vorm aangepast worden al naar gelang de reactie van de patiënt op de behandeling. Tenslotte wordt de behandeling afgesloten als de fysiotherapeut zijn behandeldoel heeft bereikt, als er weinig resultaat van verdere behandeling valt te verwachten, als de verwijzend arts geen verlengingsmachtiging wil aanvragen of als de patiënt de behandeling wil beëindigen.

Naast gegevens over het proces van behandeling is voor ons ook van belang te weten door welke fysiotherapeut de patiënt is behandeld en via welke verwijzer de patiënt onder behandeling is genomen. Aldus bestaat het registratieformulier uit de volgende onderdelen:

1. sociaal-demografische gegevens en klachten van de patiënt;
2. gegevens omtrent de verwijzer en diens indicatiestelling;
3. resultaten van het fysiotherapeutisch onderzoek;
4. behandeldoel en -vorm;
5. oordeel van de fysiotherapeut over het resultaat van de behandeling;
6. redenen waarom de behandeling gestopt is.

3.4.1. Demografische gegevens en klachten van patiënten

Leeftijd, geslacht en verzekeringvorm vormen de sociaal-demografische gegevens waarmee de in behandeling genomen patiënten worden gekarakteriseerd. De fysiotherapeut noteerde tevens de klacht van de patiënt (in diens eigen bewoordingen) en enkele aspecten van de klacht: Spelen er, naar het oordeel van de fysiotherapeut, psychosociale of functionele aspecten een rol? Betreft het een recidief van een bestaande klacht of aandoening? Is de patiënt eerder met fysiotherapie behandeld, ofwel voor dezelfde klacht danwel voor andere klachten?

De sociaal-demografische gegevens en de gegevens betreffende de klacht zijn door de behandelende fysiotherapeut net zo geregistreerd als door de verwijzende huisartsen.

3.4.2. De verwijzer en diens indicatiestelling

Patiënten die onder fysiotherapeutische behandeling komen zijn over het algemeen verwezen door een huisarts of een medisch-specialist. Om de verhouding te weten tussen patiënten die via een huisarts of een specialist zijn verwezen is een vraag opgenomen met drie alternatieven:

1. huisarts (naam);
2. medisch-specialist (specialisme);
3. anders te weten.

De naam van de huisarts is gevraagd om het zoeken naar patiënten van wie gegevens beschikbaar zijn van huisarts én fysiotherapeut te vergemakkelijken. De vraag naar het specialisme onder alternatief 2 spreekt voor zichzelf. Om er achter te komen of er ook patiënten door andere hulpverleners (schoolarts, bedrijfsarts etc.) zijn verwezen is alternatief 3 opgenomen.

Bij verwijzing wordt via de verwijsbrief of machtigingsaanvraag de diagnose van de verwijzer meegedeeld aan de behandelend fysiotherapeut. De verwijzer kan dit vergezeld doen gaan van een behandelingsvoorstel. Naar de door de arts gestelde diagnose, de indicatiestelling voor fysiotherapie, is een open vraag gesteld aan de behandelend fysiotherapeut. Indien er een voorstel tot behandeling werd gedaan noteerde de fysiotherapeut dit.

3.4.3. Resultaten van het fysiotherapeutisch onderzoek

De informatie die ligt besloten in de door de verwijzend arts gestelde diagnose, is in het algemeen te summier om als basis te kunnen dienen voor een fysiotherapeutische behandeling. De fysiotherapeut onderzoekt daarom de patiënt vanuit zijn eigen specifieke des-

kundigheid om op grond van zijn bevindingen een behandelplan op te stellen.

Het resultaat van dit onderzoek is door ons 'werkdiagnose' genoemd. Er is gericht naar een aantal aspecten van de werkdiagnose geïnformeerd. Deze aspecten zijn:

- localisatie van de aandoening, gedifferentieerd voor het bewegingsapparaat;
- tijdsduur tussen het optreden van de klacht en de behandeling;
- belemmering als gevolg van de aandoening in termen van (bewegings)beperking;
- waarschijnlijke oorzaak van de klacht/aandoening.

Indien de fysiotherapeut nog andere aspecten van de werkdiagnose wil benoemen, heeft hij hiertoe de gelegenheid door middel van een open vraag naar 'verdere aspecten van de werkdiagnose'.

3.4.4. Behandeldoel en -vorm

Op basis van de werkdiagnose onderscheidt de fysiotherapeut behandelbare grootheden en stelt hij zijn behandeldoelen. Zo'n behandeldoel zou door de fysiotherapeut in integraal-geneeskundige termen kunnen worden omschreven (bijvoorbeeld: "opheffing van de klachten van de patiënt") maar het is duidelijk dat een dergelijke omschrijving van het behandeldoel te weinig specifieke informatie oplevert. Op basis van de systematiek van relatieve doeleinden voor bewegingstherapie volgens Leffelaar (1977) zijn een aantal behandeldoelen expliciet geformuleerd. Aan deze behandeldoelen (mobiliteitstoename, spierkrachttoename, spiertonusregulatie, houdingscoördinatie, bewegingscoördinatie) is nog een aantal toegevoegd ondermeer omdat de bewegingstherapie, alhoewel een belangrijke therapievorm binnen de fysiotherapie, niet de enige therapievorm is. De toegevoegde behandeldoelen zijn: pijnvermindering, verbetering van vitale functies, ontspanning en inzicht geven in de klachtenproblematiek. Ook is de fysiotherapeut de mogelijkheid gegeven andere dan boven gespecificeerde behandeldoelen te onderscheiden door middel van een open vraag.

Natuurlijk kan de fysiotherapeut meer dan één doel nastreven en daarom is hem gevraagd de eventuele volgorde van belangrijkheid van de verschillende behandeldoelen aan te geven.

Fysiotherapeuten hebben een uitgebreid scala van behandelvormen ter beschikking. De meeste daarvan vallen in één van de drie groepen: bewegingstherapie, massagetherapie en fysische therapie in engere zin (applicaties). Sommige behandelvormen kunnen echter niet tot één

van deze 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). Daarnaast passen sommige fysiotherapeuten behandelvormen toe die strikt genomen niet tot de fysiotherapie behoren en/of hier wettelijk (nog) niet zijn erkend (bijvoorbeeld acupunctuur). Een aantal behandelvormen is expliciet genoemd, de overige kunnen vrijelijk worden ingevuld.

Om enigzins tegemoet te komen aan het dynamische karakter van het behandelproces is de mogelijkheid geboden om tussentijds (na de zesde zitting) veranderingen in werkdiagnoses, behandeldoelen en behandelvormen te registreren. Ook aan het eind van de behandeling kan de fysiotherapeut aangeven of zijn werkdiagnose, behandeldoelen en -vormen gedurende de behandeling zijn veranderd.

3.4.5. Oordeel van de fysiotherapeut over het resultaat van de behandeling

De fysiotherapeut is hoofdzakelijk aangewezen op zijn eigen ervaring (en eventueel die van zijn collega's) als het gaat om het vaststellen van het resultaat van de behandeling. Door ons is getracht de ervaringen van de registrerende fysiotherapeuten te bundelen en af te zetten tegen de behandeldoelen die zij nastreven. Hierbij willen we vermelden dat het (subjectieve) oordeel van de fysiotherapeut over het resultaat van de behandeling van een andere orde is dan een geobjectiveerde effectmeting van de fysiotherapie.

Bij het formuleren van het behandeldoel heeft de fysiotherapeut aangegeven in hoeverre hij de gekozen behandeldoelen denkt te zullen bereiken. Aan het eind van de behandeling is gevraagd in hoeverre de behandeldoelen, naar het oordeel van de fysiotherapeut, daadwerkelijk zijn bereikt. Dit oordeel is vastgelegd in een vijfpuntsschaaltje, lopend van (1) 'behandelgoal geheel bereikt' tot (5) 'behandelgoal in het geheel niet bereikt'. De tussenliggende categorieën zijn onbenoemd gelaten.

3.4.6. Reden om de behandeling te stoppen

Tenslotte is aan de fysiotherapeut gevraagd naar de redenen waarom de behandeling is gestopt en of er een vervolgbehandeling wenselijk zou zijn.

Het formulier waarop de gegevens omtrent de patiënten zijn geregistreerd is als bijlage 2 opgenomen.

3.5. De registratie in de fysiotherapiepraktijk

In totaal hebben 178 fysiotherapeuten en 20 stagiairs, verspreid over 55 praktijken, deelgenomen aan de registratie van de behandelingen van patiënten. In 10 praktijken zijn alleen patiënten geregistreerd die via een peilstationsarts werden verwezen (zie paragraaf 3.1). Van de 45 resterende zijn er 19 praktijken waarin alle daarin werkzame fysiotherapeuten deelnamen aan de registratie, in 26 praktijken registreerde slechts een deel van de fysiotherapeuten die in de betreffende praktijk werkzaam zijn.

De fysiotherapeuten die aan de registratie deelnemen vormen geen aselecte steekproef uit het gehele bestand van in Nederland werkzame fysiotherapeuten. Dit was ook niet de opzet van de registratie. Bij een vergelijking van de antwoorden op een enquête, die zowel naar de registrerende fysiotherapeuten als naar een aselecte steekproef van fysiotherapeuten werd gestuurd, bleken echter geen noemenswaardige verschillen tussen beide groepen te bestaan (Kerssens e.a., 1986).

De patiëntenpopulatie van de peilstationsartsen vormt een representatief deel van de Nederlandse bevolking. Omdat we de peilstationsartsen als ingang kozen voor de selectie van de fysiotherapiepraktijken, is het aannemelijk dat de geregistreerde patiënten een redelijk waarheidsgetrouw beeld geven van hoe patiënten in de eerstelijns-fysiotherapie behandeld worden.

4. INDICATIESTELLING VAN HUISARTSEN

De resultaten van de gegevens uit de registratie door huisartsen worden in een aantal afzonderlijke paragrafen gepresenteerd.

Paragraaf 4.1 heeft betrekking op de sociaal-demografische kenmerken van verwezen patiënten (welke patiënten worden doorgestuurd?), terwijl paragraaf 4.2 gereserveerd is voor de weergave van de klachten en diagnoses en voor een uitleg betreffende de classificatie van deze gegevens.

De eventuele samenhang van sociaal-demografische kenmerken en de klachten of diagnoses komt in paragraaf 4.3 aan de orde (welke patiënten worden met welke klachten en diagnoses verwezen?).

Paragraaf 4.4 is bestemd voor de resultaten betreffende het initiatief tot de verwijzing. Paragraaf 4.5 gaat over het eventuele behandelingsvoorstel van de verwijzende huisarts.

In al deze paragrafen zijn de gegevens van alle huisartsen tezamen weergegeven. Uit het eerste rapport weten we dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen huisartsen en het aantal patiënten dat zij verwijzen. In paragraaf 4.6 wordt kort ingegaan op de vraag of er ook verschillen bestaan tussen huisartsen in hun indicatiestelling. De laatste paragraaf bevat een korte samenvatting van dit hoofdstuk.

4.1. Sociaal-demografische kenmerken van nieuw verwezen patiënten

Deze paragraaf beschrijft sociaal-demografische gegevens als leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van patiënten die voor fysiotherapie zijn verwezen. Allereerst worden de gegevens van de weekstaat gebruikt, omdat het met deze gegevens mogelijk is de samenhang tussen leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm enerzijds en de aard van de verwijzing (nieuw versus verlengd) te beschrijven.

In paragraaf 4.3 zal de samenhang beschouwd worden tussen de demografische variabelen en de aard van de klachten, alsmede de samenhang tussen de demografische variabelen en de diagnose die naar aanleiding van deze klachten is gesteld. Om deze samenhang zuiver te kunnen beschouwen is een correctie nodig van de samenhang tussen leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm op het totale aantal nieuw verwezen patiënten. Daarom wordt aan het eind van deze paragraaf nogmaals de invloed van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm bepaald, maar nu slechts voor de nieuwe verwijzingen.

De totale praktijkpopulatie uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van alle peilstationsartsen samen is bekend zodat het aantal verwezen patiënten betrokken kan worden op het aantal patiënten waarvoor de peilstationsartsen zorg dragen. In tabel 4.1. staat het aantal nieuwe verwijzingen en verlengingsverwijzingen en het totale aantal verwijzingen per 1000 patiënten achtereenvolgens uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm.

Tabel 4.1.: aantallen nieuwe verwijzingen en verlengingsverwijzingen voor fysiotherapie per 1000 patiënten achtereenvolgens uitgesplitst naar leeftijdscategorie, geslacht en verzekeringsvorm

	nieuwe verwijzing	verlengings- verwijzing	totaal verwijscijfer
leeftijd			
01-14	8.8	5.2	14.0
15-24	29.4	12.4	41.8
25-34	49.9	25.8	75.7
35-44	70.2	40.2	110.4
45-54	78.8	51.5	130.3
55-64	69.5	50.7	120.2
65+	59.0	83.0	142.0
geslacht			
man	43.3	28.1	71.4
vrouw	51.0	38.6	89.6
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	58.9	50.0	108.9
particulier	28.2	6.6	34.8
Totaal	47.2	33.5	80.7

Het totale verwijscijfer is met ongeveer 81 verwezen patiënten (per 1000 patiënten) aan de hoge kant in vergelijking met ander onderzoek. Kerkhoff e.a. (1985) rapporteren in een onderzoek met ziekenfondsgegevens duidelijk minder verwijzingen voor fysiotherapie, ongeveer 52 per 1000. Dat onderzoek vond echter plaats in het werkgebied van het ziekenfonds dat in Nederland op dat moment de laagste

kosten per verzekerde voor fysiotherapie had.

De samenhang met leeftijd volgt het patroon dat uit eerder onderzoek bekend is: het verwijscijfer stijgt tot aan de middelbare leeftijd (45-54 jaar) en blijft dan, met het toenemen van de leeftijd, rond dit niveau schommelen. Vrouwen worden iets vaker verwezen dan mannen, al is de samenhang tussen geslacht en het aantal verwijzingen minder nadrukkelijk dan die tussen leeftijd en het aantal verwijzingen. Het verschil in verwijscijfer tussen mannen en vrouwen is in ons onderzoek groter dan het verschil dat gevonden werd door Kerkhoff e.a. (1985) bij de analyse van ziekenfondsgegevens en door Van den Brekel (1985) bij de analyse van de gezondheidsenquête.

Eveneens afwijkend van eerder onderzoek is het verschil in verwijscijfer tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten. Uit ons onderzoek komt naar voren dat ziekenfondsverzekerden veel vaker naar fysiotherapeuten verwezen worden dan particulierverzekerden. Uit de gezondheidsenquête (Van den Brekel, 1983) blijkt het gebruik dat van fysiotherapeutische zorg gemaakt wordt, niet veel te verschillen tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten.

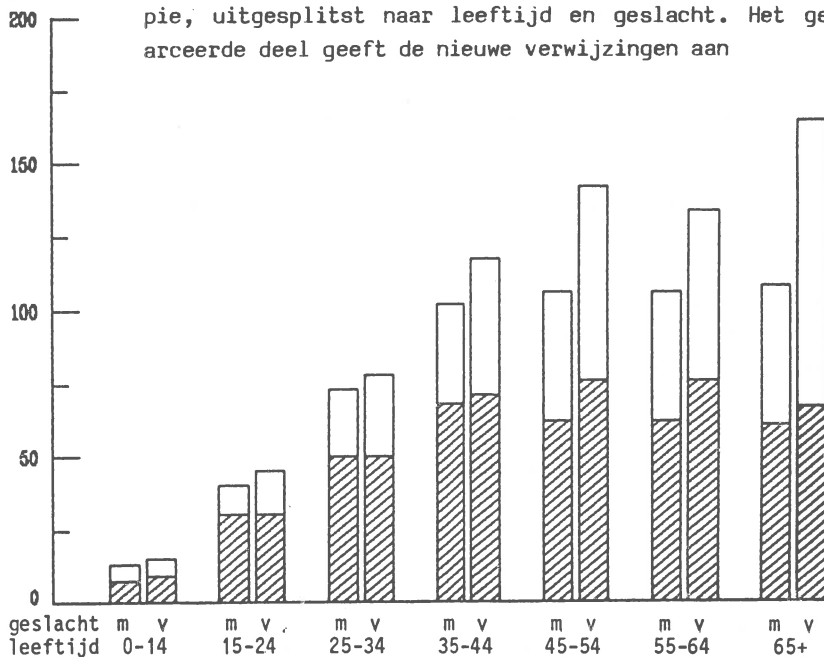
Het verschil in uitkomst zal voor een deel te maken hebben met de verschillende wijze waarop ziekenfondsen en particuliere verzekeraars de financiële afdracht van kosten voor fysiotherapeutische hulp regelen.

Bij particulier verzekerden wordt soms een verwijsbrief pas afgegeven nadat een behandeling heeft plaatsgevonden, hetgeen de betreffende arts waarschijnlijk niet meer in de registratie vermeldt. Het begrip 'verlengingsverwijzing' is duidelijk gerelateerd aan een administratieve handeling ten behoeve van een ziekenfonds, een handeling die een particulier ziektekostenverzekeraar vaak niet van de huisarts verlangt.

Verlengingsverwijzingen maken zo'n 40% uit van het totale verwijscijfer. Dit geldt zowel voor mannen en vrouwen als voor de leeftijdscategorieën tot 65 jaar. Voor 65 plussers geldt dat de verlengingsverwijzingen een veel groter deel (ongeveer 60%) van het totale verwijscijfer uitmaken. In het licht van bovenstaande is het percentage (20%) van de verwijzingen dat betrekking heeft op een verlenging van een lopende behandeling van particulier verzekerden slechts beperkt betrouwbaar.

Uit tabel 4.1. is duidelijk geworden hoe leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, ieder afzonderlijk, samenhangen met het verwijscijfer. Men kan zich afvragen of per combinatie van leeftijd en geslacht het verwijscijfer voor fysiotherapie verschilt. Figuur 4.1. geeft een antwoord op deze vraag.

Figuur 4.1.: aantal verwijzingen per 1000 patiënten voor fysiotherapie, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Het gearceerde deel geeft de nieuwe verwijzingen aan



Zo op het eerste gezicht kunnen we constateren dat de invloed van leeftijd op het verwijscijfer samenhangt met het geslacht van de verwezen patiënten.

Naarmate de leeftijd toeneemt worden er relatief meer vrouwen dan mannen verwezen. Het aandeel van de verlengingsverwijzingen op het totale verwijscijfer is nagenoeg constant tot aan de groep bejaarde patiënten. Binnen de groep bejaarde patiënten blijken vooral vrouwen veel meer verlengingsverwijzingen te krijgen dan mannen.

Deze observaties kunnen getoetst worden door middel van een statistische analyse van de gegevens. In bijlage 3 zijn de resultaten van deze analyse weergegeven. Allereerst wordt dit gedaan voor alle verwijzingen, dus nieuwe en verlengingsverwijzingen, daarna nogmaals maar dan alleen voor de nieuwe verwijzingen.

Bij het analyseren van de gegevens is de volgende procedure gehanteerd: het absolute aantal verwijzingen is uitgesplitst naar elke combinatie van leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en aard van de verwijzing (nieuw of verlengd). De totale praktijkpopulatie van alle peilstationsartsen samen is ook uitgesplitst naar elke combinatie van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (natuurlijk niet naar de

aard van de verwijzing omdat immers niet de gehele praktijkpopulatie is verwezen). Vervolgens is nagegaan welke (combinatie van) variabele(n) een significante samenhang heeft met het aantal verwijzingen. Het verwijscijfer varieert tussen de leeftijdscategorieën, tussen mannen en vrouwen, tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden en tussen nieuwe en verlengingsverwijzingen. Ook voor elke combinatie van (twee) variabelen varieert het verwijscijfer: naarmate de leeftijd toeneemt worden er meer vrouwen verwezen en neemt het aandeel van de verlengingsverwijzingen toe. De verhouding tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden is over alle leeftijdscategorieën constant, behalve voor de groep bejaarden waarbinnen (relatief) meer ziekenfondsverzekerden worden verwezen. Van de verwezen patiënten zijn vrouwen wat vaker aangesloten bij het ziekenfonds en zij hebben ook wat meer verlengingsverwijzingen gekregen. Het verband tussen verzekeringsvorm en aard van de verwijzing is ook duidelijk. Het hoeft geen betoog dat voor ziekenfondsverzekerden veel meer verlengingsverwijzingen zijn uitgeschreven dan voor particulier verzekerden.

Ons materiaal bevat gegevens over 11229 verwezen patiënten. Bij zo'n groot aantal zijn ook kleine verschillen significant. 88% van de verschillen in het verwijscijfer is toe te schrijven aan de eenvoudige samenhang van het verwijscijfer met leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en aard van de verwijzingen. 11% is toe te schrijven aan de gelijktijdige invloed van twee variabelen. Alle combinaties van twee variabelen vertonen een significante samenhang met het verwijscijfer. Ook blijken verwijscijfers te variëren tussen: elke combinatie van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, elke combinatie van leeftijd, geslacht en aard van de verwijzing (vooral bij oudere vrouwen is de kans op een verlengingsverwijzing hoger) en tenslotte variëren de verwijscijfers tussen elke combinatie van leeftijd, verzekeringsvorm en aard van de verwijzing (bij oudere ziekenfondsverzekerden is de kans op een verlengingsverwijzing hoger).

Resumerend stellen we dat de verwezen patiënten over het algemeen van middelbare leeftijd of ouder zijn, dat ziekenfondsverzekerden vaker voor fysiotherapie worden verwezen dan particulierverzekerden, dat er over het geheel genomen meer nieuwe verwijzingen dan verlengingsverwijzingen plaatsvinden en dat er meer vrouwen dan mannen voor fysiotherapie worden verwezen. Wat betreft het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten moeten we overigens wijzen op de opmerking die eerder in deze paragraaf gemaakt is, dat dit verschil veroorzaakt kan zijn door andere gewoonten rond de verwijzing

van particuliere patiënten en door onderrapportage door de huisartsen. In hoofdstuk 5, waar de gegevens die in de fysiotherapiepraktijk geregistreerd zijn, besproken worden, zullen we zien dat ziekenfondspatiënten ook in de registratie van behandelde patiënten oververtegenwoordigd zijn. De oververtegenwoordiging is in dit geval minder sterk dan bij de registratie van de verwijzingen door huisartsen.

Tot slot van deze paragraaf zullen we nogmaals de verschillen in het aantal verwijzingen analyseren, maar nu slechts met betrekking tot de nieuwe verwijzingen. Dit doen we om de volgende redenen: In paragraaf 5.3 zal de samenhang bepaald worden tussen sociaal-demografische kenmerken van patiënten en de aard van de klachten waarvoor deze patiënten voor fysiotherapie worden verwezen, alsmede de samenhang tussen sociaal-demografische kenmerken en de diagnose die naar aanleiding van de gepresenteerde klachten door de huisarts is gesteld. Aangezien de klachten en diagnoses alleen voor de nieuwe verwijzingen zijn geïnventariseerd, worden de verlengingsverwijzingen dus buiten beschouwing gelaten.

De resultaten van de analyse van nieuwe verwijzingen zijn in overeenstemming met de bevindingen van de analyse van de nieuwe- en verlengingsverwijzingen. Opnieuw blijkt een sterke samenhang tussen leeftijd en de kans op een nieuwe verwijzing. Ook nieuwe verwijzingen hangen sterk samen met de verzekeringsvorm; ziekenfondsverzekerden krijgen meer dan particulier verzekerden een verwijzing voor fysiotherapie. De samenhang tussen het geslacht van de patiënt en de kans op een verwijzing is minder groot, zij het dat vrouwen meer verwezen worden dan mannen.

Voorts blijkt er een samenhang te zijn tussen de sociaal-demografische variabelen onderling in relatie tot de kans op een nieuwe verwijzing. In de hogere leeftijdscategorieën en bij ziekenfondsverzekerden hebben vrouwen meer kans op een nieuwe verwijzing dan mannen. Overigens zijn ook hier de onderlinge samenhangen veel geringer dan de enkelvoudige samenhang van leeftijd, verzekeringsvorm en geslacht met het verwijzingscijfer maar omdat er veel nieuwe verwijzingen zijn (6551), zijn ze wel significant.

Samenvattend stellen we dat nieuw verwezen patiënten van middelbare leeftijd zijn, relatief veel bij het ziekenfonds zijn aangesloten en dat meer vrouwen dan mannen een nieuwe verwijzing voor fysiotherapie krijgen.

In de volgende paragraaf zullen de klachten van de nieuw verwezen patiënten in kaart worden gebracht, alsmede de diagnoses die de huisartsen naar aanleiding van deze klachten stelden. Omdat het hierbij gaat om nieuwe verwijzingen is de groep bejaarden relatief ondervertegenwoordigd in vergelijking met het totale aanbod aan patiënten in de fysiotherapiepraktijk. Dit houdt in dat chronische klachten, die immers met het toenemen van de leeftijd in aantal toenemen, ook relatief zijn ondervertegenwoordigd.

4.2.1. Klachten

Aan de peilstationshuisartsen werd gevraagd om de klachten, waarmee de patiënten zich tot hen wendden, zo getrouw mogelijk weer te geven. Per verwijzing konden meerdere klachten worden genoteerd. Ter onderscheiding noemen we deze, in de volgorde waarin ze door de huisarts op het formulier genoteerd zijn, de eerste, tweede en derde klacht.

6472 patiënten met een nieuwe verwijzing voor fysiotherapie werden door de artsen genoteerd. In totaal registreerden de artsen 8082 klachten. 6379 maal werd één klacht vermeld, 1453 maal twee klachten en 250 keer registreerden de artsen drie klachten.

Een dergelijk groot aantal gegevens is niet te overzien zonder een vorm van classificatie. De verschillende classificatiesystemen die ten behoeve van de rangschikking van de diagnoses- en klachtgegevens kunnen worden toegepast zijn besproken in het deelrapport van dit project, getiteld 'classificatie van gegevens in onderzoek op het gebied van de fysiotherapie' (Curfs e.a., 1987). In dit rapport worden in zijn algemeenheid de verschillende classificatiesystemen onderling vergeleken voor wat betreft hun toepasbaarheid op onderzoeksgegevens op het gebied van de fysiotherapie. In dit onderzoek werden de geregistreerde klachten, achteraf en centraal, geclassificeerd in de International Classification for Primary Care (ICPC).

Aangezien de klachten genoteerd zijn door de huisarts, weerspiegelen ze in zekere mate de impressie die de huisarts heeft van de klachten van de patiënt. Met andere woorden, de huisarts heeft door zijn 'vakbril' gekeken toen hij de klachten van de patiënten noteerde. Dit concluderen we uit het feit dat de huisartsen soms een diagnose opgeschreven hebben in plaats van de klachten van de patiënt. Het is onwaarschijnlijk dat een patiënt bij de huisarts komt vertellen dat hij lijdt aan een tendovaginitis crepitans.

De gevallen waarin door de huisarts in plaats van klachten een diagnose genoteerd is, zijn in de nu volgende overzichten buiten be-

schouwing gelaten. Alleen component 1 van de (International Classification for Primary Care) ICPC is derhalve toegepast (voor een overzicht van de opbouw van de ICPC, zie Curfs e.a., 1987). Tabel 4.2 geeft een eerste overzicht van de klachten, verdeeld over hoofdstukken zoals die in de ICPC voorkomen.

Tabel 4.2 laat zien dat de meeste klachten zoals verwacht betrekking hebben op het bewegingsapparaat. Daarnaast zijn vooral de klachten met betrekking tot het zenuwstelsel en de ademhaling van belang. Opgemerkt kan worden dat klachten met betrekking tot het zenuwstelsel nauw verband kunnen houden met klachten van het bewegingsapparaat. Enerzijds kunnen afwijkingen van het zenuwstelsel invloed hebben op het functioneren van het bewegingsapparaat, anderzijds kunnen afwijkingen van het bewegingsapparaat oorzakelijk aan de basis liggen van klachten in het zenuwstelsel (bijvoorbeeld bij de hernia nuclei pulposi).

Tabel 4.2.: Indeling van 5716 eerste klachten van 6472 nieuw verwezen patiënten ingedeeld volgens de hoofdstukken van de ICPC in aantallen en percentages

Hoofdstukken ICPC	aantal	%
A Algemeen en niet gespecificeerd	39	0,7
B Bloed, bloedvormende organen, lymfestelsel	0	0,0
D Maag-darmkanaal	11	0,2
F Oog	2	0,0
H Oor	7	0,1
K Hart-vaatstelsel	9	0,2
L Bewegingsapparaat	5181	90,6
N Zenuwstelsel	254	4,4
P Psyche	91	1,6
R Ademhaling	107	1,9
S Huid	11	0,2
T Endocriene, metabole en voedingsstoornis	0	0,0
U Urologie	3	0,1
W Zwangerschap, bevalling, anticonceptie	0	0,0
X Vrouwelijke geslachtsorganen	0	0,0
Y Mannelijke geslachtsorganen	0	0,0
Z Sociale problemen	1	0,0
Totaal	5716	100

Als we de eerste, tweede en derde klacht onderling vergelijken met betrekking tot de hoofdstukken waarin ze zijn ingedeeld zijn enkele duidelijke verschillen te constateren: het percentage van het hoofdstuk bewegingsapparaat voor de tweede en vooral derde klacht neemt af en tegelijkertijd groeien de percentages van vooral het hoofdstuk zenuwstelsel en, in mindere mate, de hoofdstukken psyche en ademhaling. Wellicht worden de uitstralende pijnen, die gerekend worden tot het zenuwstelsel, door de patiënten in meerdere gevallen in tweede instantie genoemd. Bijvoorbeeld, pijn in de rug, uitstralend naar het linkerbeen.

In weerwil van deze verschillen zijn toch de overeenkomsten tussen de eerste, tweede en derde klacht groot. Ook bij een andere indeling van de klachten naar localisatie (naar onderscheiden lichaamsdelen zoals in tabel 4.4) zijn de overeenkomsten groter dan de verschillen. Daarom zal het accent liggen op de bespreking van de eerste klacht en waar nodig zullen de verschillen tussen eerste, tweede en derde klacht besproken worden.

Uit de indeling van de klachten (tabel 4.2) blijkt dat de huisarts de fysiotherapeut inderdaad ziet als een hulpverlener met bijzondere kennis van het bewegingsapparaat. Dat betekent overigens niet dat andere aandoeningen niet behandeld kunnen worden. De beroepsomschrijving fysiotherapeut (Nederlands Genootschap voor fysiotherapie, 1986) spreekt in dit verband over "het lichamelijk facet van het belemmerd zijn als primair aangrijpingspunt" en na een opsomming van therapiedoeleinden die in hoofdzaak betrekking hebben op het bewegingsapparaat volgt de zin: "Daarnaast bestaat de mogelijkheid tot beïnvloeding van inwendige organen".

Een aantal, niet veel voorkomende, klachten uit de registratie van verwijzingen door huisartsen is: pijn in oor, oogpijn en maag-darmkanaalklachten. Het zijn aandoeningen die men niet, a priori, verwacht bij een fysiotherapeut.

Gezien het onderzoek van Buyten (1977), waarin sprake is van probleemgedrag in eenderde van de verwijzingen van de huisarts naar fysiotherapie en waarbij in nog eens eenderde van de gevallen door de fysiotherapeuten een dergelijke problematiek is vastgesteld, zou het hoofdstuk psyche een groter percentage klachten moeten bevatten. De reden voor het relatief lage percentage kan gelegen zijn in het feit dat Verhaak (1986) als volgt omschrijft: patiënten formuleren een nieuwe klacht vrijwel altijd in termen van een fysiek ongemak. Aangezien het precies deze fysieke ongemakken zijn die de arts, als weergave van de klacht van de patiënt, noteert en bovendien de meeste classificatiesystemen (ook de ICPC) geen extra dimensie voor

psycho-sociale componenten van de klachten kennen, komen deze psychosociale aspecten slechts in geringe mate tot uiting in de ICPC-indeling.

Echter, de huisartsen beantwoordden (zie paragraaf 3.2.2) een vraag over de psycho-sociale en somatische aspecten van de klachten van de patiënten.

Tabel 4.3 geeft een overzicht van deze antwoorden, die gerangschikt zijn volgens de eerdergenoemde zespuntsschaal zoals in Verhaak (1985).

Tabel 4.3.: oordeel van de huisarts over psycho-sociale en somatische aspecten van eerste klachten in aantallen en percentages

	aantal	%
1. Puur somatische klacht	3076	54,7%
2. Somatische klacht die psycho-sociale problemen met zich meebrengt	982	17,5%
3. Somatische klacht waarachter ik psycho-sociale problemen vermoed	1125	20,0%
4. Psycho-sociale klacht waarachter ik somatische problemen vermoed	59	1,0%
5. Psycho-sociale klacht die somatische problemen met zich meebrengt	281	5,0%
6. Puur psycho-sociale klacht	101	1,8%
Totaal	5624	100%

Uit de tabel blijkt dat het percentage klachten dat de huisarts als puur psychosociaal omschrijft (1,8%) ongeveer overeenkomt met het percentage (1,6%) dat het hoofdstuk psyche in tabel 4.2 bevat. Bij 27,8% van de klachten (de optelling van de categorieën 3, 4, 5 en 6 uit tabel 4.3) is er een duidelijke invloed van psycho-sociale aspecten. Dit percentage is hoger dan in eerder onderzoek van Crebolder (1983) werd aangetroffen, maar ongeveer gelijk aan het resultaat dat Buyten e.a. (1977) vonden. Meer dan de helft van de klachten blijkt, naar de mening van de huisartsen van puur somatische oorsprong te zijn en nog eens eenzese veroorzaakt psycho-sociale problemen.

In het eerste deelrapport (Kerssens e.a., 1986), dat gewijd is aan de relaties tussen huisartsen en fysiotherapeuten rond het verwijsproces, gaven de meeste huisartsen aan dat zij zelden of nooit patiënten verwijzen bij herhaald terugkerende hulpvragen waarbij zij geen duidelijke somatische diagnose kunnen stellen of omdat de patiënten meer aandacht vragen dan de huisarts ze kan geven (zie pagina 37 van het eerste deelrapport). Fysiotherapeuten bleken het in meerderheid wel hun taak te vinden om psycho-sociale achtergronden te betrekken bij de opstelling van het behandelplan (idem pagina 68).

Later, in deze paragraaf en bij de bespreking van de diagnoses, wordt nader ingegaan op de psycho-sociale aspecten bij verschillende klachten en diagnose-categorieën.

De hoofdstuksgewijze indeling, zoals die in tabel 4.2 voorligt, biedt slechts weinig informatie over de klachten. Bovendien is meer dan 90% van de klachten terug te vinden in het hoofdstuk Bewegingsapparaat.

Een indeling van de klachten (in ICPC-codes) aan de hand van een (andere) vorm van localisatie levert meer informatie op. De localisatievorm die in paragraaf 4.2.3 wordt gehanteerd ten behoeve van de International Classification of Diseases (ICD), is toegepast. Een bijkomstig voordeel van de keuze van deze localisatievorm is dat de localisatie-indeling van de klachten nu gemakkelijk te vergelijken is met die van de diagnoses.

Tabel 4.4 (volgende pagina) geeft de localisatie-indeling van de (ICPC-)klachten weer.

In eerste instantie lijkt de localisatie, zoals te zien in tabel 4.4, van de klachten voor de fysiotherapeut, in verband met het instellen van de therapie, van weinig belang. De fysiotherapeut is immers geïnteresseerd in de aard, de oorzaak en de gevolgen van de klacht en in samenhang hiermee in de mate waarin en de wijze waarop de klacht door hem bestreden kan worden. Over aard, oorzaak en gevolgen van de klachten geven de indeling volgens de ICPC en de tevens getoonde localisatie-indeling weinig informatie. Verder dan bijvoorbeeld symptomen/klachten ter plaatse van been of rug reikt de informatie niet. Toch is de indeling naar localisatie van belang, immers patiënten omschrijven hun klachten vaak in de zin van bijvoorbeeld schouderklachten, rugpijn of pijscheuten in het linkerbeen. De klacht vormt de reden voor de patiënt om zijn huisarts te consulteren en de fysiotherapeut te bezoeken. Bij de evaluatie van de fysiotherapeutische behandeling is het noodzakelijk te bekijken

Tabel 4.4.: Indeling van 5716 eerste klachten van nieuw verwezen patiënten, ingedeeld naar de localisatie van de klachten in aantallen en perctages

Localisatie	aantal	%
1. Hoofd	201	3,5
2. Rug, algemeen	1004	17,6
3. Rug, nekgedeelte	837	14,7
4. Lage rug	649	11,4
5. Longen, borstkas	170	3,0
6. Armen, algemeen	276	4,8
7. Schouderstreek	709	12,4
8. Bovenarm, elleboog	137	2,4
9. Onderarm, pols	59	1,0
10. Hand	53	0,9
11. Benen, algemeen	356	6,2
12. Heup, bekken, bovenbeen	190	3,3
13. Knie, onderbeen	454	7,9
14. Enkel, voet	181	3,2
15. Overige	440	7,7
Totaal	5716	100

in welke zin de oorspronkelijke klacht van de patiënt wijzigingen heeft ondergaan door toedoen van de behandeling.

Tabel 4.4 geeft een grotere spreiding over de verschillende categorieën te zien dan de indeling in tabel 4.2. Het niet meer vóórkomen van categorieën als bijvoorbeeld psyche, hartvaatstelsel en oog geeft enerzijds informatieverlies, anderzijds wordt in deze indeling de belangrijke categorie bewegingsapparaat nader (naar localisatie) belicht.

Tabel 4.4 toont, zoals vermeld, het belang van de rug aan als localisatie van de klachten. Ruim 43% van de als eerste genoteerde klachten heeft betrekking op dit lichaamsdeel. Als we het percentage van de schouderstreekklachten (12,4%) daar bij optellen blijkt dat de onderzoeksresultaten van Crebolder (1983) en Kerkhoff e.a. (1985), die tot de uitspraak leidden dat de meest voorkomende klachten waarbij mensen naar een fysiotherapeut worden verwezen bestaan uit nek-, schouder- en rugklachten, kan worden bevestigd. Daarentegen kan worden opgemerkt dat 44% van de klachten, een niet gering

aantal derhalve, betrekking heeft op andere localisaties van het menselijk lichaam, waarbij met name de onderste extremiteiten (benen) met meer dan 20% ruim zijn vertegenwoordigd.

Opmerkelijk is het aantal schouderklachten dat als tweede klacht is genoteerd. Kennelijk zijn er vaak klachten die als belangrijker worden ervaren door de patiënten en dus eerder worden genoemd of door de huisartsen (met misschien bewust of onbewust een oorzaak-gevolg relatie in gedachten) en dan eerder worden genoteerd.

Het blijken vooral de cervicaalklachten te zijn die voorafgaande, als eerste klacht, aan schouderklachten worden genoemd.

Tabel 4.5 laat zien bij welke klachten de schouderstreekklachten als tweede klacht zijn genoteerd.

Uit ervaring herkent menig fysiotherapeut wellicht dit fenomeen. De aanduiding nek-schouderklachten is algemeen ingeburgerd. Zelden staat op een verwijsbriefje schouder-nekkklachten.

Tabel 4.5.: Verdeling van de localisatie van de eerste klacht, van patiënten waarvan de tweede klacht betrekking heeft op de schouderstreek in aantallen en percentages

Localisatie	aantal	%
1. Hoofd algemeen	6	1,8
2. Rug algemeen	15	4,4
3. Rug, nekgedeelte	269	79,1
4. Lage rug	7	2,1
5. Longen, borstkas	1	0,3
6. Armen, algemeen	26	7,6
7. Bovenarm, elleboog	4	1,2
8. Hand	1	0,3
9. Benen, algemeen	2	0,6
10. Knie, onderbeen	1	0,3
11. Overige	8	2,4
Totaal	340	100

Tabel 4.3 gaf een algemeen overzicht van de psycho-sociale aspecten bij de klachten. Nu willen we de samenhang tussen de aard van de afzonderlijke klachtencategorieën en het oordeel van de arts over de

rol van de psycho-sociale aspecten bij die klachtencategorieën nader bekijken. Tabel 4.6 geeft die samenhang.

Tabel 4.6.: Rangordering van de localisatie van de eerste klacht naar het oordeel van de huisarts over de mate waarin psycho-sociale aspecten een rol spelen, alsmede een overzicht van psycho-sociale en somatische aspecten per localisatiecategorie

Categorieën*	1	2	3	4	5	6	psychosociale klachten	aantal klachten
1. Hoofd	18,8%	13,2%	43,1%	2,0%	15,7%	7,1%	67,9%	197
2. Rug, nekstreek	40,7%	15,2%	31,5%	1,6%	8,8%	2,2%	44,1%	818
3. Rug, algemeen	45,7%	19,2%	27,2%	1,1%	5,6%	1,2%	35,1%	981
4. Overige	52,2%	16,9%	14,4%	0,8%	7,6%	8,0%	30,8%	473
5. Lage rug	44,7%	24,5%	24,9%	0,8%	4,2%	0,9%	30,8%	638
6. Borstkas, longen	54,3%	16,5%	22,6%	0 %	4,9%	1,8%	29,3%	164
7. Armen, algemeen	57,8%	18,1%	17,8%	1,9%	4,4%	0%	24,1%	270
8. Schouderstreek	62,8%	16,9%	15,1%	1,4%	3,3%	0,4%	20,2%	694
9. Heup, bekken, bovenbeen	63,9%	21,7%	11,7%	1,1%	0,6%	1,1%	14,5%	180
10. Benen, algemeen	74,7%	12,8%	9,6%	0,9%	1,7%	0,3%	12,5%	344
11. Hand	80,8%	9,6%	9,6%	0%	0%	0%	9,6%	52
12. Knie, onderbeen	75,5%	15,8%	6,8%	0,2%	0,9%	0,9%	8,8%	444
13. Onderarm, pools	70,7%	20,7%	3,4%	1,7%	3,4%	0%	8,5%	58
14. Enkel, voet	83,1%	13,0%	2,3%	0%	1,7%	0%	4,0%	177
15. Bovenarm, elleboog	80,6%	16,4%	2,2%	0%	0,7%	0%	2,9%	134
Totaal	54,7%	17,5%	20,0%	1,0%	5,0%	1,8%	27,8%	5624

* De volgende categorieën zijn afgebeeld:

1. Puur somatische klacht
2. Somatische klacht die psycho-sociale problemen met zich meebrengt
3. Somatische klacht waarachter psycho-sociale problemen vermoed worden
4. Psycho-sociale klacht waarachter somatische problemen vermoed worden
5. Psycho-sociale klacht die somatische problemen met zich meebrengt
6. Puur psycho-sociale klacht

De rangorde van de klachtencategorieën (localisaties) is bepaald door de categorieën, 3, 4, 5 en 6 van het schaalte dat in tabel 4.3 is weergegeven samen te voegen. Terwille van de stylering zullen we deze klachten aanduiden als psycho-sociale klachten.

Aldus gedefinieerd is het gemiddelde percentage psycho-sociale klachten 27,8, variërend van 67,9 bij klachten die betrekking hebben op het hoofd tot 2,9 bij klachten die in de bovenarm of elleboog ge-localiseerd zijn. Zoals verwacht hebben ook klachten van de rug,

naar het oordeel van de verwijzende huisartsen, relatief vaak een psycho-sociale achtergrond. Ook het overwegende somatische karakter van klachten aan armen en benen is geen verrassing.

Voor de diverse percentages in de verschillende categorieën psycho-sociale en somatische aspecten moge tabel 4.6 duidelijk zijn.

4.2.2. Diagnoses

In het registratieformulier voor nieuwe verwijzingen werd aan de huisartsen gevraagd met welke diagnose(s) zij de patiënten naar fysiotherapie verwezen.

Evenals bij de vermelding van de klachten konden de huisartsen per verwijzing meerdere diagnoses noteren, die we vanaf nu, in de volgorde zoals ze vermeld werden, de eerste, tweede en derde diagnose noemen.

De huisartsen registreerden 6472 patiënten met een nieuwe verwijzing en daarbij vermeldden zij 6397 eerste, 1299 tweede en 157 derde diagnoses.

Deze diagnoses werden achteraf en centraal gecodeerd in de International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification, kortweg ICD-9-CM genoemd.

De nadelen van achteraf en centraal coderen, alsmede de specifieke moeilijkheden bij het gebruik van de ICD-9-CM ten behoeve van (dit) fysiotherapeutisch onderzoek worden besproken in het eerder genoemde deelrapport van dit project, getiteld 'classificatie van gegevens in onderzoek op het gebied van de fysiotherapie' (Curfs, e.a., 1987).

De problematiek die zich meestal manifesteerde in de vorm van niet nauwkeurig kunnen indelen van specifieke diagnoses, werd opgelost door middel van creatie van nieuwe of uitbreiding van bestaande codes. De aldus nieuw ontstane codes werden als zodanig gedefinieerd.

Omdat de diagnoses in de ICD-9-CM zijn geclassificeerd ligt het voor de hand om een eerste overzicht van de diagnoses te geven in de vorm van de hoofdstukindeling zoals die in de ICD-9-CM voorkomt. Tabel 4.7 (zie volgende pagina) geeft het aantal en percentage diagnoses per hoofdstuk weer. Zie voor de opbouw van de ICD-9-CM Curfs e.a. (1987).

Tabel 4.7 biedt een soortgelijk beeld als tabel 4.2, althans wat betreft de betrokkenheid van de klachten en diagnoses met het bewegingsapparaat. Twee van de (achttien) vermelde hoofdstukken van de ICD-9-CM bevatten bijna 90% van alle diagnoses.

Tabel 4.7.: Indeling van 6397 eerste diagnoses van nieuw verwezen patiënten volgens de hoofdstukken van de ICD-9-CM in aantallen en percentages

	aantal	%
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	26	0,4
2. Nieuwvormingen	5	0,1
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	4	0,1
4. Bloed en bloedvormende organen	0	0,0
5. Psychische stoornissen	197	3,1
6. Zenuwstelsel en zintuigen	109	1,7
7. Hart vaatstelsel	18	0,3
8. Ademhalingswegen	135	2,1
9. Spijsverteringsstelsel	3	0,0
10. Urogenitaal systeem	0	0,0
11. Zwangerschap, bevalling en kraambed	2	0,0
12. Huid en subcutis	11	0,2
13. Bewegingsstelsel en bindweefsel	5142	80,4
14. Congenitale afwijkingen	20	0,3
15. Aandoeningen perinatale periode	0	0,0
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	76	1,2
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	557	8,7
V Post-operatieve toestanden	92	1,4
Totaal	6397	100

Hoofdstuk 13, bewegingsstelsel en bindweefsel, herbergt het grootste part, 80%. Hoofdstuk 17, ongevalsletsels en vergiftigingen, bevat nog eens bijna 9%. Het is uitsluitend door de wijze van indeling van de hoofdstukken van de ICD-9-CM dat hoofdstuk 17 apart wordt genoemd. In feite, en dat geldt evenzeer voor het V-hoofdstuk waarin de postoperatieve (rest) toestanden zijn ondergebracht, hebben de diagnoses uit deze hoofdstukken betrekking op het bewegingsstelsel. Naast de diagnoses, behorende tot het bewegingsapparaat, komen psychische stoornissen percentagegewijs vaker voor dan bij de indeling van de klachten (3,1% ten opzichte van 1,6%). Men kan veronderstellen dat huisartsen vaker oorzaken van aandoeningen psychisch noemen dan patiënten. Zie in dit verband weer de opmerking van Verhaak (1986) in paragraaf 4.2.1.

Diagnoses geven, net zoals klachten, onvoldoende aangrijpingspunten voor de fysiotherapeutische behandeling van patiënten. Desalniettemin is een overzicht van de diagnoses, behorende bij nieuw-verwezen patiënten, van belang. De praktijk leert dat in de gedachtenwereld van huisartsen omtrent aandoeningen (nog steeds) diagnoses een grotere rol spelen dan de voor de fysiotherapie zo belangrijke behandelbare grootheden. Behandelbare grootheden krijgen trouwens vaak eerst vorm na gericht fysiotherapeutisch onderzoek.

Daarnaast maken zowel ziekenfondsen als opleidingsinstituten voor fysiotherapie veelvuldig gebruik van diagnoses.

Ziekenfondsen zien de verwijsindicaties graag in de vorm van diagnoses, terwijl in de opleiding zowel ter voorbereiding van de examens, waar tijdens het onderdeel onderzoek en behandelen in eerste instantie een diagnose wordt verstrekt, als bij de theoretische en praktische vorming, bijvoorbeeld in de vorm van een casus, veelvuldig gebruik wordt gemaakt van diagnoses.

De hoofdstukgewijze indeling van de diagnoses verschaft weinig informatie omtrent specifieke diagnosegroepen. Echter de hoeveelheid informatie die in de ICD-9-CM betreffende de diagnoses is vastgelegd is groter dan de informatie over klachten, vastgelegd in de ICPC. Hierdoor is het mogelijk andere en meer specifieke indelingen te maken van de diagnoses.

Naast het indelingsprincipe van de localisatie, dat in vergelijkbare vorm werd gehanteerd voor de klachten, kan tevens een indeling in de vorm van clusters plaatsvinden, terwijl daarnaast een top-25 van de meest voorkomende diagnoses is vastgesteld.

Tabel 4.8 (volgende pagina) toont de indeling naar localisatie van de aandoeningen waarnaar de ICD-9-CM-codes verwijzen. De localisatie-indeling is gekozen naar het model zoals vermeld in hoofdstuk 13 (bewegingsstelsel en bindweefsel) van de ICD-9-CM en werd eerder toegepast bij de localisatie-indeling van de klachten (paragraaf 4.2.1).

Tabel 4.8 toont, na tabel 4.4, opnieuw het belang van de rug als localisatie, in dit geval voor diagnoses (in totaal 44,7%). Diagnoses, gelocaliseerd in de rug en schouderstreek, vormen tezamen de grootste groep diagnoses (ruim 56%). Dat komt zowel overeen met eerdere onderzoeken (Crebolder, 1983; Kerkhoff e.a., 1985) als met de localisatie van de klachten in die gebieden. Zoals verwacht (zie paragraaf 4.2.1) zijn ook de onderscheiden localisaties van de benen van belang (totaal ruim 22%). De overige localisaties komen, zoals tabel 4.8 toont, relatief minder frequent voor.

Tabel 4.8.: Indeling van 6397 eerste diagnoses van nieuw verwezen patiënten, ingedeeld naar de localisatie van de aandoeningen

Localisatie	aantal	%
1. Hoofd	139	2,2
2. Rug, algemeen	1268	19,8*
3. Rug, nekgedeelte	744	11,6
4. Lage rug	851	13,3
5. Longen, borstkas	256	4,0
6. Armen, algemeen	23	0,4
7. Schouderstreek	733	11,5
8. Bovenarm, elleboog	258	4,0
9. Onderarm, pols	91	1,4
10. Hand	51	0,8
11. Benen, algemeen	39	0,6
12. Heup, bekken, bovenbeen	569	8,9
13. Knie, onderbeen	543	8,5
14. Enkel, voet	283	4,4
15. Overige	549	8,6
Totaal	6379	100

* Inclusief 59 (0,9%) diagnoses, gelocaliseerd in de rug, thoracaalstreek

Ook bij de diagnoses is het opvallend dat aandoeningen van de schouderstreek vaak als tweede diagnose worden genoemd. Dat roept herinneringen op aan de nek-schouder-klachten uit de localisatie-indeling voor klachten. Bij nadere inspectie blijkt ook hier inderdaad een verband met de rug te bestaan. In ongeveer 85% der gevallen waarin aandoeningen van de schoudermusculatuur als tweede worden genoemd vormen aandoeningen van de rugmusculatuur de eerste diagnose.

De overeenkomsten met de localisatie-indeling van de klachten blijken duidelijk. Overigens worden de overeenkomsten en verschillen nader besproken in paragraaf 4.2.3.

Een tweede indelingsprincipe is dat volgens clusters van diagnoses die een onderlinge samenhang vertonen. Praktisch komt het er op neer dat een aantal hoofdstukken van de ICD-9-CM, met relatief weinig diagnoses, wordt samengevoegd met en tot de categorie overige. De

samenvoeging heeft betrekking op de hoofdstukken 1, 2, 3, 7, 9, 11, 12 en 14 alsmede op een aantal V-nummers. Daarnaast wordt het hoofdstuk bewegingsstelsel en bindweefsel in vieren gedeeld en bestaat nu uit de onderscheiden categorieën artropathieën, dorsopathieën, reuma en osteopathieën. Deze nieuwe categorieën vormen in feite de paragrafen van het bewegingsstelsel-hoofdstuk van de ICD-9-CM. Deze paragrafen zijn echter aangepast.

Omdat deze vier categorieën van het bewegingsstelsel belangrijk zijn (ze bevatten relatief veel aandoeningen) zullen we enkele voorbeelden geven van diagnoses die ertoe behoren. Een volledige lijst van ICD-9-CM-codes van alle clusters is als bijlage 4 bijgevoegd.

De cluster artropathieën omvat een grote groep van aandoeningen van weefsels (spieren uitgesloten) met localisatie in een gewricht.

Ter onderscheiding van de groep dorsopathieën vallen de aandoeningen rondom of van gewrichten van de wervelkolom niet in deze categorie. In tegenstelling tot hetgeen in de ICD-9-CM is bepaald, behoort in onze indeling reumatoïde artritis niet in de categorie artropathieën thuis.

Tot de artropathieën behoort wel de belangrijke groep van artrositis deformans, vormen van dérangement interne van de knie (bijvoorbeeld oude scheuren van ligamenten en meniscus-laesies) en contracturen van gewrichten.

De cluster dorsopathieën bestaat uit rugaandoeningen. Verkrommingen van de rug (scolioses, lordoses, kyfoses) zijn echter niet inbegrepen. De cluster dorsopathieën omvat onder andere hernia nucleii pulposi (HNP) en aandoeningen van de discus intervertebralis, lumbago's en ischialgie.

De cluster reuma bevat naast de reumatoïde artritis de groep van de entesopathieën. Entesopathieën zijn aandoeningen van perifere aanhechtingen van banden en spieren. Bekende voorbeelden zijn de tenniselleboog, bursitiden en het rotator-cuff syndroom.

Reuma omvat tevens de groep van spieraandoeningen, zoals myalgieën en verkorte en hypertone musculatuur. Ter onderscheiding van dorsopathieën mag de localisatie van deze aandoeningen, behoudens de reumatoïde artritis, niet in de rug zijn gelegen. De vierde bewegingsstelsel-cluster, de osteopathieën-chondropathieën, biedt onder andere plaats aan platvoeten, kyfoses, lordoses en scolioses.

Tabel 4.9 toont de indeling van de ICD-9 diagnoses in deze clusters. De clusterindeling van de diagnoses geeft een gedetailleerder overzicht van met name het hoofdstuk bewegingsstelsel en bindweefsel dan

Tabel 4.9.: Indeling van 6397 eerste diagnoses van nieuw-verwezen patiënten, ingedeeld in clusters van de ICD-9-CM in aantallen en percentages

Cluster	aantal	%
1. Status na operatie	83	1,3
2. Psychische stoornissen	207	3,2
3. Zenuwstelsel	127	2,0
4. Ademhalingswegen	152	2,4
5. Artropathieën	816	12,8
6. Dorsopathieën	1707	26,7
7. Reuma, exclusief rug	2363	36,9
8. Osteo-, chondropathieën	256	4,0
9. Posttraumatische toestand	557	8,7
10. Overige	129	2,0

de hoofdstuksgewijze indeling. Door de verdeling van het hoofdstuk bewegingsstelsel en de samenvoeging van kleinere hoofdstukken is de spreiding van de diagnoses over de afzonderlijke categorieën ook groter dan bij die indeling. Desalniettemin blijft nadere informatie inzake afzonderlijke diagnoses afwezig.

Het derde indelingsprincipe, een top-25, een rangschikking naar volgorde van voorkomen van 25 diagnoses, komt meer tegemoet aan de wens om afzonderlijke diagnoses weer te geven.

Van de oorspronkelijke 666 afzonderlijke ICD-9-CM-codes, die bij de codering van de verwijzingen van huisartsen gebruikt zijn en waarvan het hoofdstuk bewegingsstelsel en bindweefsel er 346 voor zijn rekening neemt, blijven de 25 meest voorkomende diagnoses over. Hierbij gaat ten opzichte van de voorgaande twee indelingen een gedeelte van de oorspronkelijke informatie verloren, doordat een aantal diagnoses, niet behorende tot de top-25, niet meer voorkomt. Daartegenover staat dat de aandoeningen die in de top-25 voorkomen meer gespecificeerd zijn en meer oorspronkelijke informatie bevatten. Ze zijn minder gecomprimeerd dan de categorieën in de vorige indelingen. Wel moet worden aangetekend dat de diagnoses in voorkomende gevallen combinaties zijn van verschillende op elkaar lijkende diagnoses. Een aantal verschillende vormen van hoofdpijn bijvoorbeeld is samengevoegd tot één diagnose. De exacte samenstelling van de 25 diagnosegroepen, uit de verschillende ICD-9-CM-coderingen, is als bijlage 5 toegevoegd. Tabel 4.10 geeft een over-

overzicht van de top-25.

Tabel 4.10.: De 25 door de verwijzende huisartsen meest genoteerde diagnose-groepen in aantallen en perctages

Diagnosegroepen*	aantal	%
1. Aandoeningen rugmusculatuur exclusief lage-rugklachten	721	11,1
2. Myogene lage-rugklachten	712	11,0
3. Aandoeningen schoudergewricht	422	6,5
4. Aandoeningen zenuwstelsel, cervicaal en hoog thoracaal	278	4,3
5. Spondylose	201	3,1
6. Aandoeningen van de discus intervertebralis	182	2,8
7. Verkrommingen van de wervelkolom	177	2,7
8. Tenniselleboog	176	2,7
9. Gewrichtspijnen in de rug	174	2,7
10. Ischias	159	2,5
11. Aandoeningen ademhalingswegen	144	2,2
12. Myogene aandoeningen schoudergordel	131	2,0
13. Myogene aandoeningen bekkengordel	126	1,9
14. Aandoeningen zenuwstelsel rug, exclusief 4. en 10.	122	1,9
15. Gonartrosis	122	1,9
16. Bewegingsbeperking van de rug	107	1,7
17. Distorsie enkelgewricht	106	1,6
18. Dérangenent interne van de knie	102	1,6
19. Hoofdpijn	98	1,5
20. Entesopathie van de knie	79	1,2
21. Coxartrosis	74	1,1
21. Entesopathie van de enkel	59	0,9
23. Hyperventilatie	57	0,9
24. Entesopathie van de heup	56	0,9
25. Myogene aandoeningen van de hals	54	0,8
Totaal	4641	71,7

* Hier wordt volstaan met een korte omschrijving van de diagnose-groepen. Bijlage 6 bevat een meer uitgebreide omschrijving alsmede een opsomming van de ICD-9-CM codes die toegeschreven worden aan de afzonderlijke diagnosegroepen.

Het nut van een opsomming van de meest voorkomende diagnoses is meerderlei.

In de eerste plaats is de top-25 van belang voor gedaan onderzoek. Om welke diagnoses ging het bij zulk onderzoek en wat is de positie van die diagnoses in de top-25? Ofwel is het onderzoek met het oog op de onderzochte diagnoses meer of minder relevant. Het is duidelijk dat de fysiotherapie in het algemeen meer gebaat is bij onderzoek naar aandoeningen die onder veel voorkomende diagnoses te rangschikken zijn, dan naar sporadisch voorkomende aandoeningen. In de tweede plaats biedt de top-25 aanwijzingen voor nieuw onderzoek. Bij welke diagnoses worden de meeste patiënten door huisartsen verwezen? Als ze veel voorkomen zijn deze diagnoses dan geschikt voor onderzoek? Of zijn ze notoir moeilijk, zoals rugaandoeningen, die hoewel vaak op elkaar lijkend toch een grote verscheidenheid aan uiterlijke kenmerken en vooral aan oorzakelijkheden kunnen bezitten. Ook belangrijk voor onderzoek is dat de top-25 van de aandoeningen bijna 72% van alle diagnoses bij verwijzing omvat. Deze kennis kan bijvoorbeeld leiden tot een vereenvoudigde registratie van diagnoses bij nieuw onderzoek.

Naast het belang voor onderzoek heeft de top-25 zijn nut voor de opleiding of na- en bijscholing van fysiotherapeuten. Als de meest voorkomende diagnoses waarbij huisartsen patiënten naar een fysiotherapeut verwijzen bekend zijn, kan aan de behandeling van de aandoeningen waarnaar deze diagnoses verwijzen, tijdens de scholing gepaste aandacht worden besteed.

Zoals verwacht scoren aandoeningen van de rug hoog. Daarnaast zijn de percentages van meer gedetailleerd omschreven aandoeningen als bijvoorbeeld tenniselleboog, distorsie enkel en hyperventilatie, hoewel relatief lager, toch van belang.

Meer dan in voorgaande indelingen komt de diversiteit van de diagnoses waarmee de patiënten zijn doorverwezen in tabel 4.10 tot uiting. In een later stadium (hoofdstuk zes) volgt een top-25 van de verwijsdiagnoses van medisch-specialisten naar fysiotherapie.

Het vermoeden bestaat dat aan verschillende diagnoses uit de top-25 psycho-sociale problemen niet vreemd zijn. Dat is, zoals bekend, het geval bij hyperventilatie en hoofdpijn en ook bij diagnoses met betrekking tot de rug. Maar misschien is psycho-sociale problematiek ook geliëerd aan andere diagnoses uit de top-25. In tabel 4.11 (zie volgende pagina) is aangegeven in welke mate psycho-sociale problematiek volgens de huisarts een rol speelt bij deze diagnoses.

De mate van de psycho-sociale problematiek wordt weer bepaald door

Tabel 4.11.: De 25, door de verwijzende huisartsen, meest genoteerde diagnosegroepen, gerangschikt naar de mate van psycho-sociale problematiek

Categorieën*	1	2	3	4	5	6	psychosociale problematiek	aantal diagnoses
Diagnosegroepen**								
1. Hyperventilatie	0 %	10,9%	32,7%	0 %	20,0%	36,4%	89,1%	55
2. Hoofdpijn	13,4%	9,3%	49,5%	4,1%	17,5%	6,2%	77,3%	97
3. Aandoeningen rug- musculatuur, exclusief lage rugklachten	34,5%	15,9%	35,2%	1,7%	9,4%	3,2%	49,5%	710
4. Myogene aandoeningen schoudergordel	46,9%	13,3%	25,0%	3,9%	10,9%	0 %	39,8%	128
5. Aandoeningen zenuwstelsel cervicaal en hoog-thora- caal	37,1%	24 %	27,3%	2,2%	9,4%	0 %	38,9%	267
6. Myogene lage rugklachten	42,4%	19,8%	30,7%	0,9%	5,7%	0,6%	37,9%	698
7. Gewrichtspijnen in de rug	38,6%	23,5%	27,1%	0,6%	7,8%	2,4%	37,9%	166
8. Myogene aandoeningen van de hals	45,3%	18,9%	24,5%	1,9%	7,5%	1,9%	35,8%	53
9. Spondylose	46,9%	28,9%	20,6%	1,5%	2,1%	0 %	24,2%	194
10. Aandoeningen zenuwstelsel exclusief 5. en 13.	55,5%	21,8%	18,5%	0,8%	3,4%	0 %	22,7%	119
11. Bewegingsbeperking van de de rug	60,0%	18,1%	20,0%	0 %	1 %	1 %	22,0%	105
12. Myogene aandoeningen bekkengordel	68,0%	10,7%	13,9%	0,8%	5,7%	0,8%	21,2%	122
13. Ischias	55,3%	23,7%	20,4%	0 %	0,7%	0 %	21,1%	152
14. Verkrommingen van de wervelkolom	62 %	17,5%	16,3%	0,6%	3,0%	0,6%	20,5%	166
15. Aandoeningen van de discus intervertebralis	55 %	27,8%	14,4%	2,2%	0,6%	0 %	17,2%	180
16. Aandoeningen schouder- gewricht	71,0%	13,9%	13,4%	0,2%	1,5%	0 %	15,1%	411
17. Gonartrosis	62,8%	23,1%	13,2%	0 %	0,8%	0 %	14,0%	121
18. Aandoeningen van de ademhalingswegen	74,6%	14,5%	10,1%	0 %	0,7%	0 %	10,8%	138
19. Dérangement interne van de knie	77,0%	14,0%	6,0%	1,0%	2,0%	0 %	9,0%	100
20. Entesopathie van de knie	82,3%	10,1%	7,6%	0 %	0 %	0 %	7,6%	79
21. Entesopathie van de enkel	87,5%	7,1%	1,8%	0 %	3,6%	0 %	5,4%	56
22. Tenniselleboog	76,6%	18,3%	5,1%	0 %	0 %	0 %	5,1%	175
23. Coxartrosis	69,0%	26,8%	2,8%	0 %	1,4%	0 %	4,2%	71
24. Entesopathie van de heup	85,7%	10,7%	1,8%	1,8%	0 %	0 %	3,6%	56
25. Distorsie enkelgewricht	87,3%	11,8%	1,0%	0 %	0 %	0 %	1,0%	102

* De categorieën zijn dezelfde als in tabel 4.3

** Zie bijlage 6

de categorieën 3, 4, 5 en 6 uit tabel 4.3 bij elkaar op te tellen. Het gemiddeld percentage psycho-sociale problematiek bij de diagnoses is 29,3%, variërend van 89,1% bij hyperventilatie tot 1,0% bij distorsie van het enkelgewricht.

Tabel 4.11 toont aldus, zoals verwacht, dat met name bij hyperventilatie en hoofdpijn, maar ook, zij het in mindere mate, bij andere diagnoses duidelijk psycho-sociale problematiek aanwezig is.

Daarnaast is duidelijk welke diagnoses als hoofdzakelijk somatisch worden beschouwd.

4.2.3. Klachten en diagnoses

Klachten worden door de patiënten geuit. De huisartsen verbinden er, na onderzoek, een diagnose aan. Komen de diagnoses overeen met de geuite klachten of zijn er duidelijke verschillen?

We hebben zowel de klachten als de diagnoses ingedeeld naar localisatie. Daarbij is uitgegaan van dezelfde localisatie-indeling zodat de klachten en diagnoses op dat punt vergelijkbaar zijn.

Tabel 4.12 (zie volgende pagina) geeft een overzicht van deze vergelijking.

De diagonaal van linksboven naar rechtsonder bevat duidelijk de hoogste aantallen gezien over de verschillende rijen en kolommen. Dat betekent dat de plaats waar de patiënt zijn klacht situeert in het algemeen redelijk overeenkomt met de localisatie van de diagnose door de verwijzende huisarts. Toch verdient de tabel enige toelichting.

De verschillen (cijfers buiten de diagonaal) zijn enerzijds toe te schrijven aan de inhoudelijke verschillen tussen diagnoses en klachten. De huisarts stelt de diagnose, de patiënt vertelt waar hij last van heeft. Het is duidelijk dat voor één en dezelfde aandoening de localisatie van de aandoening (bijvoorbeeld hernia nucleus pulposus lumbaal 4-5) anders kan zijn dan de plaats waar de patiënt de klachten zegt te hebben (bijvoorbeeld pijn in onderbeen).

Anderzijds moet niet uit het oog worden verloren dat tabel 4.12 een kruistabel is van de als eerste genoteerde diagnose en klacht. Wat voor een patiënt belangrijk is (bijvoorbeeld hoofdpijn en ook nog pijn in de nek) kan voor de huisartsdiagnose van omgekeerd belang zijn (bijvoorbeeld hypertone cervicamusculatuur met hoofdpijnklachten).

Daarnaast kennen de ICD (diagnoses) en de ICPC (klachten) hun beperkingen ten aanzien van de toegepaste localisatie-indeling. Soms is uit een toegevoegde ICD-code bijvoorbeeld duidelijk dat de diagnose

Tabel 4.12.: Kruistabel van localisatie-indeling van klachten en diagnoses

Localisatie klachten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Diagnoses															
1. Hoofd	70 1,2%	26 0,5%	26 0,5%						1 0%		1 0%			1 0%	9 0,2%
2. Rug, algemeen*	32 0,6%	488 8,6%	222 3,9%	136 2,4%	21 0,4%	11 0,2%	63 1,1%	2 0%		2 0%	51 0,9%	15 0,3%	1 0%	2 0%	70 1,2%
3. Rug, nekgedeelte	74 1,3%	15 0,3%	413 7,2%	9 0,2%	4 0,1%	73 1,3%	55 1,0%	1 0%	1 0%	4 0,1%					37 0,6%
4. Lage rug	1 0%	314 5,5%	9 0,2%	447 7,8%		2 0%	1 0%				14 0,2%	6 0,1%	4 0,1%	2 0%	4 0,1%
5. Longen, borstkas	1 0%	8 0,1%	2 0%		125 2,2%	3 0,1%	6 0,1%				1 0%				54 0,9%
6. Armen, algemeen						12 0,2%	3 0,1%	1 0%	1 0%	1 0%					2 0%
7. Schouderstreek	6 0,1%	11 0,2%	59 1,0%			61 1,1%	524 9,2%	3 0,1%	1 0%	3 0,1%	1 0%		2 0%		10 0,2%
8. Bovenarm-elleboog			2 0%			74 1,3%	14 0,2%	125 2,2%	1 0%	1 0%					5 0,1%
9. Onderarm, pols						12 0,2%	3 0,1%	4 0,1%	46 0,8%	12 0,2%					4 0,1%
10. Hand		1 0%	4 0,1%						5 0,1%	22 0,4%				1 0%	7 0,1%
11. Benen, algemeen		4 0,1%	1 0%	1 0%		1 0%					15 0,3%	2 0%	2 0%	4 0,1%	15 0,3%
12. Heup, bekken, bovenbeen		71 1,2%	50 0,9%	33 0,6%	1 0%		1 0%			1 0%	151 2,6%	156 2,7%	13 0,2%		27 0,3%
13. Knie, onderbeen		3 0,1%	1 0%	2 0%							75 1,3%	6 0,1%	400 7,0%	6 0,1%	13 0,2%
14. Enkel, voet		1 0,1%	1 0%	2 0%			1 0%			1 0%	27 0,5%		2 0%	152 2,7%	27 0,5%
15. Overige	17 0,3%	59 1,0%	47 0,8%	16 0,3%	19 0,3%	26 0,5%	32 0,6%	1 0%	3 0,1%	6 0,1%	28 0,5%	3 0,1%	30 0,5%	13 0,2%	165 2,9%

* Inclusief rug thoracaalstreek

betrekking heeft op de heup terwijl de toegepaste ICPC-code niet meer specificatie toelaat dan de categorie 'onderste extremiteiten'.

Samengevat kan worden gezegd dat de meeste klachten en diagnoses betrekking hebben op het bewegingsstelsel en dat binnen dat bewegingsstelsel de rug de voornaamste localisatie is. Worden de diagnoses onderscheiden in clusters dan komen de meeste diagnoses terecht in de categorie reuma (bijna 37%), dorsopathieën (23,6%) en artropathieën (15,9%). Ook een top-25 van de meest voorkomende aandoeningen herbergt een aantal rugaandoeningen. Daarnaast komen daar ook duidelijk andere aandoeningen voor zoals bijvoorbeeld hyperventilatie. In het algemeen komt de localisatie van de klachten (aangegeven door de patiënten) redelijk overeen met die van de diagnoses (vermeld door de artsen).

Aan veruit de meeste klachten en diagnoses liggen meer somatische dan psycho-sociale aspecten ten grondslag. Uitzonderingen op deze regel zijn hyperventilatie en hoofdpijnklaften.

4.3. Welke patiënten worden bij welke klachten/diagnoses verwezen?

In het eerste gedeelte van dit hoofdstuk is beschreven welke patiënten een (nieuwe) verwijzing voor fysiotherapie krijgen. Dit bleken vooral ziekenfondsverzekerden van middelbare leeftijd te zijn. Daarna is beschreven met welke klachten en diagnoses de patiënten voor fysiotherapie worden verwezen. De klachten en diagnoses bleken voornamelijk betrekking te hebben op het bewegingsapparaat. Nu zal getracht worden de samenhang weer te geven tussen de sociaal-demografische kenmerken van patiënten en de klachten (of diagnoses) waarmee deze patiënten voor fysiotherapie zijn verwezen. Om de patiënten te kenmerken beschikken we over hun leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. De klachten zijn gecodeerd in de ICPC en de diagnoses in de ICD-9-CM. In tabel 4.1 is het aantal nieuwe verwijzingen zowel per leeftijds- en geslachtscategorie als per verzekeringsvorm betrokken op het totaal aantal patiënten in de desbetreffende categorieën. Eenzelfde procedure kan worden gevolgd voor het aantal nieuwe verwijzingen per klacht of diagnose.

Om de samenhang te kunnen weergeven tussen de sociaal-demografische kenmerken van patiënten en de diagnose waarmee deze patiënten voor fysiotherapie zijn verwezen nemen we onze toevlucht tot globale groepen van diagnoses. Uitgangspunt voor de analyse vormen vier

groepen van diagnoses, ingedeeld naar clusters van de ICD (zie tabel 4.9). Deze vier groepen zijn: 'artropathieën', 'dorsopathieën', 'reuma' en 'posttraumatische aandoeningen'. Tezamen vormen zij meer dan 80% van de diagnoses waarmee patiënten voor fysiotherapie zijn verwezen. In de overige groepen komen te weinig patiënten voor om een zinvolle uitsplitsing naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm te maken. Zoals hierboven geschetst wordt het aantal nieuwe verwijzingen, waarbij de gestelde diagnose in de groep 'artropathieën' valt, uitgesplitst naar elke combinatie van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Deze cijfers worden dan betrokken op het aantal patiënten in dezelfde onderscheiden categorieën. Dit proces wordt herhaald voor de drie andere diagnosegroepen.

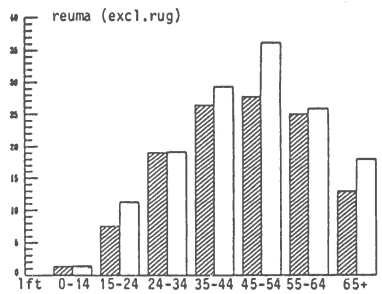
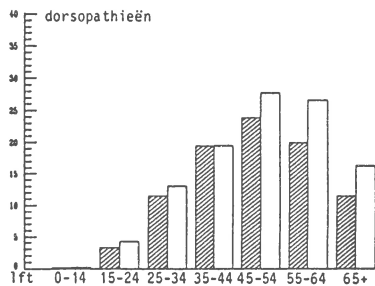
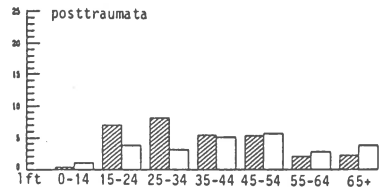
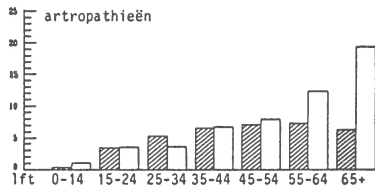
In figuur 4.4 (zie volgende pagina) zijn de verwijscijfers per diagnosegroep weergegeven. Ook is de samenhang tussen diagnosegroep en leeftijd-/geslachts categorieën visueel weergegeven. Daartoe is een uitsplitsing gemaakt van de verwijscijfers per diagnosegroep naar leeftijd en geslacht.

In figuur 4.4 zien we direct dat de verwijscijfers voor de diagnosegroep reuma het hoogst zijn, daarna volgen de diagnosegroepen dorsopathieën en artropathieën en tenslotte de posttraumatische aandoeningen. Dit is een weerspiegeling van het feit dat de meeste diagnoses binnen de groep reuma vallen. Wanneer we binnen de diagnosegroepen de verdeling tussen mannen en vrouwen vergelijken valt op dat de verwijscijfers voor vrouwen (met uitzondering van de posttraumatische aandoeningen) hoger zijn dan voor mannen. Dit is een weerspiegeling van het gegeven dat er over het totaal meer vrouwen dan mannen zijn verwezen. Bij vergelijking van de leeftijdsverdeling valt op dat de verdeling naar leeftijd van reuma en dorsopathieën wel op elkaar lijkt maar dat de leeftijdsverdeling van artropathieën en posttraumatische aandoeningen enigszins afwijkt.

Uit de analyse van deze gegevens blijkt het volgende (zie bijlage 6). De diagnose hangt het sterkst samen met de leeftijd van de nieuw verwezen patiënten. Als de gestelde diagnose in de groep artropathieën valt zijn de patiënten (relatief) vaak 45 jaar of ouder. Valt de diagnose in de groep dorsopathieën dan zijn de patiënten voor het merendeel tussen de 25 en de 54 jaar. De patiënten met de diagnose reuma zijn (relatief) vaak tussen de 25 en 44 jaar oud, terwijl oudere patiënten met deze diagnose zijn ondervertegenwoordigd. Post-traumatische aandoeningen tenslotte treffen we vooral aan bij jongere patiënten.

Ook hangt de diagnose samen met het geslacht van de patiënt: Valt de

Figuur 4.4.: Verwijscijfers uitgesplitst naar diagnosegroep, leeftijd en geslacht. De gearceerde staven geven de frequentieverdeling van de mannen weer, de niet gearceerde staven die van de vrouwen



diagnose in de groep artropathieën dan zijn vrouwen oververtegenwoordigd, bij post-traumatische aandoeningen daarentegen zijn de mannen oververtegenwoordigd. Bij de dorsopathieën en reuma worden mannen en vrouwen relatief even vaak verwezen (waarbij rekening is gehouden met het feit dat vrouwen in het algemeen iets vaker worden verwezen). De aard van de diagnose hangt ook samen met de verzekeringsvorm, een variabele die wel in de analyse is ingebracht maar

terwille van de eenvoud niet in figuur 4.4 is weergegeven.

Tenslotte is er nog een samenhang tussen leeftijd, geslacht en diagnose in relatie tot het verwijscijfer. Deze samenhang wordt veroorzaakt omdat bij artropathieën oudere vrouwen en bij posttraumatische aandoeningen jongere mannen zijn oververtegenwoordigd.

Om de samenhang weer te geven tussen de sociaal-demografische kenmerken van patiënten en de aard van de klachten waarmee deze patiënten voor fysiotherapie zijn verwezen, gebruiken we (net als bij de diagnoses) niet de klachten als zodanig, maar enkele groepen van klachten. De klachten zijn ingedeeld naar localisatie (zie tabel 4.4). Uitgangspunt voor de hier te presenteren samenhang zijn de volgende groepen: rug algemeen, rug, nekgedeelte, lage rugklachten, klachten in de schouderstreek en klachten van de knie en het onderbeen. Deze groepen vormen tweederde van het totaal aantal verwezen patiënten en representeren tevens voldoende variatie tussen de groepen van klachten. Duidelijk zal zijn dat groepen waar zeer weinig patiënten in voorkomen, niet zinvol kunnen worden uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Het proces van uitsplitsing gaat op analoge wijze als bij de diagnoseclusters. Resultaten van de analyse staan in bijlage 7.

De aard van de klacht hangt, net als de aard van de diagnose, het sterkst samen met de leeftijd. Nekklachten treft men (relatief) veel aan bij oudere patiënten (vanaf de leeftijdscategorie 45-54 jaar), en ditzelfde geldt voor klachten in de schouderstreek. Lage rugklachten daarentegen vindt men relatief veel in de leeftijd tussen 15 en 54 jaar. Klachten met betrekking tot de knie en het onderbeen vindt men relatief weinig in de leeftijd tussen de 35 en 64 jaar. Bij rugklachten algemeen ontbreekt de relatie met de leeftijd. Bij de analyse is gecorrigeerd voor het feit dat het aantal nieuw verwezen patiënten per leeftijdscategorie verschilt, bij rugklachten algemeen is het aantal verwezen patiënten juist volgens dit patroon. Naast de samenhang met leeftijd, hangt de aard van de klacht ook samen met het geslacht van de (nieuw) verwezen patiënten. Bij nekklachten en klachten in de schouderstreek zijn de mannen licht oververtegenwoordigd. Bij de rugklachten algemeen, lage rugklachten en klachten van de knie en het onderbeen is het aantal mannen en vrouwen volgens verwachting.

Ook is er een samenhang van verzekeringsvorm met de aard van de klachten. Alhoewel deze samenhang, in vergelijking met leeftijd en geslacht, relatief erg klein is, vinden we (door het grote aantal verwezen patiënten) bij twee klachtencategorieën significante verschillen. Bij ziekenfondspatiënten vinden we relatief meer rugklach-

ten algemeen en relatief minder klachten aan de knie en het onderbeen. In de andere klachtencategorieën is geen verschil aangetroffen.

4.4. Initiatief tot verwijzing

Bij nieuwe verwijzingen van patiënten voor fysiotherapie ligt het zwaartepunt van het verwijsinitiatief bij de huisarts. Bij 61% van de verwijzingen lag het initiatief uitsluitend bij de huisarts of meer bij de huisarts dan bij de patiënt. Tabel 4.14 geeft de percentages weer van elke antwoordcategorie van de vraag naar het initiatief tot verwijzing.

In 3,5% van de gevallen gaf de huisarts aan dat het initiatief tot de verwijzing uitging van een andere hulpverlener. Dit zijn in het overgrote deel andere artsen: medisch-specialisten (119), bedrijfsartsen (8), artsen in een sport-medisch adviescentrum (11) of schoolartsen (13), samen goed voor 77% van de patiënten die op ini-

Tabel 4.14.: percentage nieuwe verwijzingen naar het verwijsinitiatief in percentages

antwoordcategorie	%
(bijna) uitsluitend van de huisarts	38,0
meer van de huisarts dan van de patiënt	23,0
in (ongeveer) gelijke mate van de huisarts en de patiënt	13,0
meer van de patiënt dan van de huisarts	13,2
(bijna) uitsluitend van de patiënt	9,3
van een andere hulpverlener	3,5

tiatief van een andere hulpverlener een nieuwe verwijzing voor fysiotherapie kregen. In 31 gevallen (16%) betrof de andere hulpverlener een fysiotherapeut.

De gegevens uit tabel 4.14 kunnen vergeleken worden met gegevens uit onderzoek van Sixma (1985) over nieuwe verwijzingen voor fysiotherapie van huisartsen in Almere. Uit dit onderzoek bleek dat in 71% van het aantal verwijzingen het initiatief bij de huisarts ligt. Bij Sixma (idem) ontbreekt de categorie 'in (ongeveer) gelijke mate van

de huisarts en de patiënt' zodat zijn resultaten niet zonder meer vergelijkbaar zijn met de onze. Wanneer we echter de 13% uit de genoemde categorie gelijkelijk verdelen over de twee ernaast liggende, gaat het initiatief tot verwijzen in 67,5% van het totaal van de huisarts uit.

Ook de verwijzingen op initiatief van een andere hulpverlener (inclusief specialisten) is in het Almeerse onderzoek (3,6%) gelijk aan onze bevindingen (3,5%).

Hoe hangt het verwijsinitiatief samen met kenmerken van de patiënt (sociaal-demografische kenmerken, klachten/diagnoses en aspecten van diagnoses zoals recidieve aard van de diagnose etc.)? Het verwijsinitiatief hangt niet samen met verzekeringsvorm. Bij vrouwen ligt het initiatief wat meer bij de patiënt dan bij mannen. Bij de jongere patiënten (t/m 34 jaar) ligt het verwijsinitiatief wat meer bij de huisarts dan bij andere patiënten.

Ten aanzien van de diagnoses (de diagnoses van de top-25 zijn hiervoor gebruikt) merken we op dat het initiatief tot verwijzing over het algemeen vaak van de arts uitgaat bij de entesopathieën, enkel-dorsies en aandoeningen ademhalingswegen. Bij (vage)rugklachten zoals lumbago, gewrichtspijn in de rug, aandoeningen van de rug-musculatuur, spondylose maar ook bij artrosis deformans van de knie gaat het initiatief tot verwijzing wat minder uit van de huisarts. Het gaat hierbij echter wel om een relatieve vergelijking want bij bijvoorbeeld lumbago ligt, naar het oordeel van de arts, in 55% van de gevallen het initiatief meer aan de kant van de huisarts dan aan de kant van de patiënt.

Indien een patiënt met een recidief van een bestaande klacht of aandoening bij de huisarts komt en er volgt een verwijzing voor fysiotherapie, dan ligt het initiatief vaker bij de patiënt dan wanneer hij niet met een recidief van een bestaande klacht of aandoening komt.

Als een patiënt een klacht presenteert, terwijl hij voor een andere klacht al eens eerder fysiotherapeutisch behandeld is, ligt het initiatief voor de verwijzing ook wat meer bij de patiënt, dan wanneer de patiënt nog niet eerder fysiotherapeutisch behandeld is. We zagen al eerder dat de vraag of de klacht een recidief is en de vraag of de patiënt al eens eerder fysiotherapeutisch behandeld is nauw met elkaar samenhangen. Ook hier blijkt dit nogmaals. Wanneer we het initiatief tot verwijzen relateren aan het feit dat de patiënt voor de gepresenteerde klacht al eens eerder fysiotherapeutisch is behandeld, krijgen we hetzelfde resultaat als bij de vraag naar de reci-

viderende klacht. Patiënten die eerder zijn behandeld voor dezelfde klacht nemen vaker het initiatief voor de verwijzing.

Klaarblijkelijk laat de patiënt het oordeel van de arts zwaar wegen als het gaat om een nieuwe klacht.

Tenslotte is onderzocht of er een samenhang is tussen het initiatief tot verwijzing en het oordeel van de arts over de mate waarin somatische en/of psycho-sociale aspecten bij de gepresenteerde klacht een rol spelen. Ook hier vinden we een lichte samenhang. Als huisartsen meer psycho-sociale aspecten aan gepresenteerde klachten toekennen, schrijven zij het initiatief voor de verwijzing wat meer toe aan de patiënt.

4.5. Behandelingsvoorstel

Het staat de arts vrij een verwijzing voor fysiotherapie vergezeld te doen gaan van een voorstel over de wijze waarop de patiënt volgens hem behandeld moet worden. Hoe vaak wordt een behandeling voorgesteld en wat is dan de inhoud van de voorgestelde behandeling?

Bij 39% van de nieuw verwezen patiënten doet de arts geen behandelingsvoorstel. De behandeling wordt dan geheel aan de fysiotherapeut overgelaten. In 36% van de gevallen geeft de huisarts aan dat de behandeling alleen uit massage- en/of bewegingstherapie moet bestaan. Gecombineerde behandelingen, dat wil zeggen massage- en/of bewegingstherapie gecombineerd met een vorm van fysische therapie in engere zin, worden in 21% van de gevallen voorgesteld, terwijl alleen een vorm van fysische therapie in engere zin in 4% van de gevallen wordt voorgesteld.

Wanneer de huisarts een vorm van fysische therapie in engere zin voorstelt, kan hij aangeven welke vorm dan toegepast dient te worden. In 608 gevallen (37% van alle gevallen waarin fysische therapie in engere zin is voorgesteld) is niet aangegeven welke vorm toegepast moet worden. Dat wil dus zeggen dat de huisarts de keuze van de vorm van fysische therapie in engere zin overlaat aan de fysiotherapeut. In 1023 van de nieuw verwezen patiënten heeft de huisarts aangegeven welke vorm van fysische therapie in engere zin de fysiotherapeut moet toepassen. Tabel 4.15 (zie volgende pagina) geeft in detail weer welke vorm dit is.

In hoofdstuk zeven, waarin materiaal wordt beschreven van patiënten die zowel in de huisartspraktijk als in de fysiotherapiepraktijk zijn geregistreerd, zullen we het behandelingsvoorstel van de huis-

Tabel 4.15.: door de huisarts voorgestelde vormen van fysieke therapie in engere zin voor 1023 patiënten in aantallen en percentages

vorm	aantal	%
laagfrequente electrotherapie	241	23.6
middenfrequente electrotherapie	47	4.6
hoogfrequente electrotherapie	310	30.3
thermotherapie	152	14.9
ultra geluid	209	20.4
tractie (electrisch)	54	5.3
licht therapie	4	0.4
hydrotherapie	47	4.6

arts vergelijken met de behandeling die door de fysiotherapeut is uitgevoerd. In dat hoofdstuk komen we terug op de verwijfsregistratie met betrekking tot het behandelingsvoorstel.

4.6. Variatie tussen huisartsen

In de beschrijving van de gegevens uit de verwijfsregistratie heeft tot nu toe de patiënt centraal gestaan. In deze paragraaf richten we onze blik op de huisarts. Daarbij gaat de interesse uit naar de vraag in hoeverre er variatie is tussen de huisartsen. Verwijfsingen voor fysiotherapie betreffen veelal patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat en over het algemeen zijn deze aandoeningen niet levensbedreigend (al kunnen ze zeer hinderlijk zijn). Dit geeft de huisarts een betrekkelijke grote beslissingsvrijheid ten aanzien van het verwijfsen van de patiënt. Het is voorstelbaar dat deze grote beslissingsvrijheid tot uiting komt in veel variatie tussen huisartsen met betrekking tot het verwijfsen van patiënten met bijvoorbeeld gewrichtsaandoeningen, etc.

Om variatie tussen huisartsen te meten - of liever gezegd tussen huisartspraktijken (de gegevens zijn immers niet op individuele artsen te leiden) - is de volgende procedure gekozen. Van een aantal aspecten van de verwijfsing is, per huisartspraktijk, bepaald bij welk percentage van de verwezen patiënten de onderscheiden aspecten van belang waren. Op basis hiervan wordt de variatie in de gevonden

percentages beschreven door middel van de standaard-deviatie, minimum percentage, maximum percentage en variatie-coëfficiënt. Om gebruik te maken van alle in de steekproef aanwezige informatie is het gemiddelde en de standaard-deviatie gewogen met het aantal per huisartspraktijk verwezen patiënten.

Beschouwen we het percentage patiënten waarvan de arts de klacht als puur somatisch beoordeelde. Het gemiddelde percentage over de artsen berekend is 54% (zie ook tabel 4.16). De standaard-deviatie van dit percentage is 16%. Dit betekent dat bij ongeveer tweederde deel van de huisartsen het percentage varieert van $(54-16=)$ 38% tot $(54+16=)$ 70%. Er zijn ook enkele huisartsen die het aandeel van puur somatische klachten veel lager inschatten, er is één huisarts die slechts 17% als puur somatische beoordeelde (17% is de minimum waarde). En er zijn huisartsen die het aandeel puur somatische veel hoger inschatten, de grootste gevonden waarde is 88% puur somatische klachten, volgens het oordeel van de huisarts.

Naarmate het gemiddelde percentage de extreme waarden nadert, 0 of 100, neemt de standaard-deviatie noodzakelijkerwijze steeds verder af. De variatie-coëfficiënt corrigeert enigszins voor deze tendens. Ten aanzien van de beoordeling van het percentage patiënten dat puur somatische klachten heeft is de variatie-coëfficiënt 0.30 (de variatie-coëfficiënt is de standaard-deviatie gedeeld door het gemiddelde).

In tabel 4.16 (zie volgende pagina) staan, voor een aantal aspecten van de verwijzingen, gegevens met betrekking tot de variatie tussen huisartspraktijken. Het percentage verwijzingen op initiatief van de huisarts is gemiddeld 61%, bij tweederde van de huisartsen ligt het percentage tussen de 46% en de 76%. Bij een enkele huisarts is dit veel minder, het minimum is 15%, of juist veel meer, het maximum bedraagt maar liefst 94%. De achtergrond van deze verschillen is, gegeven het materiaal, niet eenvoudig te traceren.

Het percentage patiënten met rugklachten, gemiddeld zo'n 40%, varieert heel wat minder tussen de huisartsen, toch is ook ten aanzien van deze categorie patiënten de variatie nog behoorlijk. Bij tweederde van de huisartspraktijken bevindt dit percentage zich tussen 31% en 47%, bij een enkele huisarts is het aandeel van rugklachten wat minder - 23% - of juist duidelijk meer - 60%.

De gemiddelde percentages van de volgende drie patiënt-categorieën, afkomstig van de indeling naar clusters uit het hoofdstuk 'bewegingsstelsel en bindweefsel' uit de ICD-9-CM zijn enigszins afhanke-

Tabel 4.16.: Gegevens met betrekking tot de variatie tussen huisartsen voor een aantal patiënt-categorieën

	percen- tage	stand. deviatie	min.	max.	variatie- coëffici- ciënt
Puur somatische klachten	54	16	17	88	0.30
Verwijzing op initiatief huisarts	61	15	15	94	0.25
Rugklachten	39	8	23	60	0.21
Artropathieën	13	4	2	24	0.31
Dorsopathieën	26	8	12	48	0.31
Reuma	37	10	15	54	0.27
Aandoening van de rugmusculatuur	11	6	0	26	0.55
Lumbago	11	5	3	30	0.45
Aandoeningen van de schouderstreek	7	3	2	20	0.42
Geen behandelingsvoorstel	37	28	0	82	0.75

lijk van elkaar. Alhoewel de gemiddelde percentages en de standaard-deviaties verschillen komen de variatie-coëfficiënten overeen. Dat wil zeggen dat bij artropathieën, dorsopathieën en reuma de variatie tussen huisartspraktijken van dezelfde orde is. In paragraaf 4.3 is beschreven dat het percentage van de diagnose artropathie samenhangt met het percentage oudere vrouwelijke patiënten. Toch is de samenhang tussen het percentage artropathieën en het percentage bejaarde vrouwen in de praktijk slechts gering ($r = .05$). Dit hangt samen met het feit dat het percentage bejaarde vrouwen weinig varieert tussen huisartspraktijken. Ons materiaal bevat geen gegevens over het klachtenaanbod in de huisartspraktijk van patiënten die niet zijn verwezen voor fysiotherapie. We kunnen dan ook niet uitmaken of een huisarts die meer patiënten met gewrichtsaandoeningen verwijst, meer dan zijn collega patiënten met gewrichtsaandoeningen in zijn spreekkamer aantreft, of dat hij meer dan zijn collega van mening is dat gewrichtsaandoeningen een indicatie vormen voor doorverwijzing voor fysiotherapie.

Op het niveau van de top-25 zijn ook drie diagnosegroepen gekozen om de variatie tussen huisartspraktijken te beschrijven. Alleen patiënten met aandoeningen van de rugmusculatuur, lumbago en aandoeningen in de schouderstreek - periartitis humero-scapularis - vormen hier toe een voldoende grote groep. De gemiddelde percentages zijn respectievelijk 11, 11 en 7%, de standaard-deviaties zijn respectievelijk 6, 5 en 3%. Aan de variatiecoëfficiënten (zie tabel 4.16) is af te lezen dat bij de diagnoses op het niveau van de top-25 de variatie tussen huisartsen erg groot is, veel groter dan bij de diagnoses op het niveau van de cluster-indeling. Zoals verwacht is de variatie tussen huisartsen groter naarmate de patiënt-categorieën meer specifiek zijn.

Tenslotte is nog gekeken naar een aspect van de beroepsuitoefening van de huisarts: het al of niet geven van een behandelingsvoorstel wanneer een patiënt naar de fysiotherapeut wordt verwezen. Bij gemiddeld 37% van de verwezen patiënten geeft de huisarts geen behandelingsvoorstel. De variatie tussen de huisartsen is erg groot, de standaard-deviatie bedraagt 28%, de variatie-coëfficiënt bedraagt 0.75 en is daarmee de hoogste uit tabel 4.16. Een enkele huisarts geeft altijd een behandelingsvoorstel, een enkeling geeft in 82% geen behandelingsvoorstel.

Concluderend kan gesteld worden dat er tussen huisartspraktijken aanzienlijke variatie bestaat in het verwijzen van categorieën patiënten. Het materiaal waarover wij beschikken, leent zich in beperkte mate voor nadere analyses van de achtergronden van de verschillen tussen huisartsen. Deze analyses zijn echter niet mogelijk binnen het kader van dit rapport.

4.7. Samenvatting

Huisartsen verwijzen meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden voor fysiotherapie. De verwezen patiënten zijn in het algemeen van middelbare leeftijd of ouder. Bovendien worden meer vrouwen dan mannen verwezen voor fysiotherapie. Naarmate de leeftijd van de patiënten toeneemt worden meer vrouwen verwezen. Verlengingsverwijzingen worden voor ziekenfondsverzekerden vaker uitgeschreven dan voor particulier verzekerden. Vrouwen krijgen wat vaker een verlengingsverwijzing dan mannen.

De klachten waarmee patiënten zich tot de fysiotherapeut wenden hebben, zoals verwacht, meestal (meer dan 90%) betrekking op het bewegingsapparaat.

1,8% van de klachten omschrijft de verwijzende huisarts als puur psycho-sociaal. Bij 27,8% van de klachten is er een duidelijke invloed van psycho-sociale aspecten. Meer dan de helft (54,7%) van de klachten is, naar de mening van de huisartsen van puur somatische oorsprong. Ongeveer eenzesde van de klachten is daarenboven wel van somatische oorsprong maar veroorzaakt psycho-sociale problemen.

Evenals uit eerder onderzoeken van Crebolder (1983) en Kerkhoff e.a. (1985) blijkt dat meer dan de helft van de als eerstgenoemde klachten betrekking heeft op de rug en de schouderstreek.

Indien we de klachten indelen naar lichaamsregio's, zoals in tabel 4.5, dan blijkt het gemiddelde percentage psycho-sociale klachten sterk te variëren per regio; zo is bijvoorbeeld 67,9% van de klachten die betrekking hebben op het hoofd van psycho-sociale herkomst, terwijl slechts 2,9% van de klachten in bovenarm of elleboog een psycho-sociale oorzaak kent.

Ook de diagnoses hebben doorgaans (meer dan 90%) betrekking op het bewegingsapparaat. Evenals bij de klachten is meer dan de helft van de diagnoses te localiseren in de rug of in de schouderstreek.

Indien het bewegingsstelsel wordt opgesplitst in vier groepen komen de meeste diagnoses terecht in de cluster reuma (36,9% van alle aandoeningen). Daarna volgen dorsopathieën (26,7%), artropathieën (12,8%) en osteo-en chondropathieën (4%).

Een lijst met de 25 meest voorkomende diagnoses toont, naast de verwachte rugaandoeningen, ook meer gedetailleerde omschreven aandoeningen als hyperventilatie, distorsie enkel en tenniselleboog. Psycho-sociale aspecten spelen voornamelijk een rol bij hyperventilatie en hoofdpijn en slechts in geringe mate bij diagnoses die betrekking hebben op extremiteiten.

De localisatie van de diagnoses komt in het algemeen redelijk overeen met die van de klachten.

Er bestaat een samenhang tussen diagnosegroepen en sociaal-demografische kenmerken van de patiënten.

Patiënten in de diagnosegroep artropathieën zijn (relatief) vaak 45

jaar of ouder en de vrouwen zijn oververtegenwoordigd.

De patiënten in de diagnosegroep dorsopathieën zijn (relatief) vaak tussen de 25 en 54 jaar, die in de groep reuma tussen de 25 en de 44 jaar. Posttraumatische aandoeningen worden vooral geconstateerd bij jongere patiënten waarbij de mannen oververtegenwoordigd zijn.

Nek- en schouderklachten treft men relatief vaak aan bij oudere mannelijke patiënten (vanaf 45 jaar), lage rugklachten vooral in de leeftijd tussen 15 en 54 jaar.

Het verwijzingsinitiatief voor fysiotherapie ligt meestal bij de huisarts. Indien het initiatief meer van de patiënt uitgaat dan is die patiënt relatief vaker een vrouw en van oudere leeftijd.

Ook patiënten met een recidieverende klacht of zij die al eens eerder voor een andere klacht door de fysiotherapeut behandeld zijn nemen relatief wat vaker zelf het initiatief tot verwijzing.

Huisartsen geven lang niet altijd een exact behandelingsvoorstel. In 39% van de verwijzingen laat de huisarts de keuze van de behandeling zelfs geheel aan de fysiotherapeut over.

Tussen huisartspraktijken bestaat een aanzienlijke variatie in het verwijzingen van categorieën patiënten.

Met name als de patiënt-categorieën meer specifiek zijn, bijvoorbeeld bij een indeling naar de top-25 van meest verwezen diagnoses, neemt de variatie fors toe.

5. FYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDELINGEN

In dit hoofdstuk staat het doel en de vorm van de fysiotherapeutische behandeling centraal, in relatie tot de kenmerken van patiënten (sociaal-demografische variabelen, klachten en diagnoses). Veel van de patiëntgegevens die bij de huisarts zijn verzameld, zijn ook bij de fysiotherapeut verzameld. In de fysiotherapiepraktijk betrof het echter niet alleen patiënten die door de huisarts zijn verwezen maar ook die welke via andere wegen bij de fysiotherapeut kwamen. Als we de resultaten van de registratie bij de peilstationsartsen willen vergelijken met de registratie van de patiënten in de fysiotherapiepraktijk moeten we ons beperken tot patiënten die via een huisarts zijn verwezen. In paragraaf 5.1 zal daarom eerst aandacht besteed worden aan de verschillen tussen patiënten die door een huisarts en patiënten die door een medisch-specialist zijn verwezen. De vergelijking betreft sociaal-demografische kenmerken, klachten en diagnoses. Daarna komt, in dezelfde paragraaf, de vergelijking tussen de patiënten die via een huisarts voor fysiotherapie kwamen en de patiënten die door de peilstationsartsen zijn verwezen, aan bod. Paragraaf 5.2 heeft betrekking op de resultaten van het fysiotherapeutisch onderzoek.

Paragraaf 5.3 bespreekt het doel van de fysiotherapeutische behandeling en paragraaf 5.4 betreft de vorm van de behandeling. De variatie tussen fysiotherapeuten met betrekking tot doel en vorm van de behandeling komt in paragraaf 5.5 ter sprake. Tenslotte wordt dit hoofdstuk met een samenvatting afgesloten in paragraaf 5.6.

5.1. Verschillen tussen patiënten die door de huisarts of door de medisch-specialist zijn verwezen

Deze paragraaf bespreekt de verschillen tussen patiënten (sociaal-demografische gegevens, klachten en diagnoses) gerelateerd aan de verwijzer die de patiënten naar de fysiotherapeut verwees. Van de 6850 patiënten kwamen er 5474 (80%) via een huisarts en 1220 (18%) via een medisch-specialist naar de fysiotherapeut.

5.1.1. Sociaal-demografische kenmerken gerelateerd aan de verwijzer

De leeftijdsverdeling van de patiënten die door een huisarts zijn verwezen wijkt af van de leeftijdsverdeling van de patiënten die

door een medisch-specialist zijn verwezen. Deze laatste groep is (gemiddeld) ouder dan de eerste groep.

Tabel 5.1 geeft de leeftijdsverdeling van de patiënten van beide verwijzers weer.

Tabel 5.1.: leeftijdsverdeling van de gebruikers van fysiotherapeutische zorg

leeftijd	gebruikers van zorg via	
	specialist (N=1202)	huisarts (N=5343)
0-14	4.9%	2.2%
15-24	11.9%	10.0%
25-34	14.9%	17.4%
35-44	16.8%	21.5%
45-54	16.3%	18.8%
55-64	15.0%	14.1%
65+	20.5%	15.9%
totaal	100%	100%

Het gebruik van de zorg via huisarts neemt toe tot aan de leeftijdscategorie 35-44 jaar en neemt vervolgens weer af, waarbij gerealiseerd moet worden dat het hier gaat om nieuwe behandelingen. Het gebruik van de fysiotherapeutische zorg via specialist is het grootst in de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder.

Vrouwen maken meer gebruik van fysiotherapeutische zorg dan mannen, dit geldt zowel voor patiënten die zijn verwezen door de huisarts als door de specialist. Van de patiënten afkomstig van de huisarts is 53% van het vrouwelijke geslacht, van de patiënten afkomstig van de specialist is dat 56%. We zagen al in hoofdstuk 4 dat, naarmate de leeftijd van de patiënten vordert, het aandeel van de vrouwelijke patiënten sterk toeneemt. Het feit dat er via de medisch-specialist een hoger percentage vrouwen naar de fysiotherapeut gaat dan via de huisarts komt door het leeftijdsverschil tussen de patiënten. Na correctie voor leeftijd verdwijnt de samenhang tussen geslacht van de patiënt en de verwijzer ($\chi^2 = 2.64$, $df = 1$, $p > .20$).

Met betrekking tot de verzekeringsvorm treffen we geen verschil aan tussen patiënten die door de huisarts of specialist zijn verwezen. Van beide verwijzers is zo'n 73% van de patiënten aangesloten bij het ziekenfonds. Uit de laatste resultaten van de gezondheidsenquête (Swinkels, 1986) bleek een klein verschil tussen ziekenfondsverzekerden en particulierverzekerden ten aanzien van het gebruik van fysiotherapeutische zorg. Op grond van deze bevindingen uit de gezondheidsenquête kan vastgesteld worden dat 69% van de patiënten die door de fysiotherapeut behandeld worden aangesloten is bij het ziekenfonds. Dit percentage verschilt aanzienlijk van de 73% uit onze registratie in de fysiotherapiepraktijk, een verschil waarvoor we de verklaring schuldig blijven.

5.1.2. Klachten gerelateerd aan de verwijzer

Net als door de peilstationsarts (paragraaf 5.2.2) werd door de fysiotherapeut de klacht van de patiënt, in diens eigen bewoordingen, genoteerd. Ook hier bestond de mogelijkheid om meer dan één klacht te noteren. In totaal zijn van 6850 patiënten 6026 eerste klachten, 2491 tweede klachten en 788 derde klachten genoteerd. In deze paragraaf beperken we ons tot de eerste klachten. Tevens zijn klachten buiten beschouwing gelaten die geformuleerd zijn in termen van diagnoses. De invulling van de klachten heeft geresulteerd in een code van de ICPC. Uit tabel 5.2 (zie volgende pagina), waarin de klachten zijn ingedeeld naar localisatie en uitgesplitst naar verwijzer, blijkt dat vooral het aandeel van rugklachten groter is bij de patiënten die via de huisarts bij de fysiotherapeut gekomen zijn. Hetzelfde geldt voor klachten van de schouderstreek. Aan de andere kant worden patiënten die door een medisch-specialist zijn verwezen, vaker behandeld voor klachten met betrekking tot armen en benen. Dit spreekt het sterkst voor klachten van de knie en het onderbeen, welke categorie 21% van de klachten uitmaakt van hen die door een specialist zijn verwezen, terwijl dit percentage bij de huisarts 8% bedraagt.

De beoordeling van de fysiotherapeuten van de mate waarin functionele of psycho-sociale aspecten bij de klachten een rol spelen is als volgt: De fysiotherapeut is van mening dat 59% van de klachten puur somatisch is. In 21% van de gevallen betreft het somatische klachten die psycho-sociale problemen met zich meebrengen. Bij de overige 20% ligt psycho-sociale problematiek aan de basis van de klachten. Klachten van patiënten die via de medisch-specialist bij de fysiotherapeut komen worden meer als somatisch beoordeeld - in 89% staat

Tabel 5.2.: klachtenaanbod, ingedeeld naar localisatie, van de gebruikers van fysiotherapeutische zorg in percentages

localisatie	% gebruikers van zorg via	
	specialist	huisarts
1 hoofd	2.8	4.7
2 rug, algemeen	8.5	15.3
3 rug, nekgedeelte	6.1	15.7
4 lage rug	4.2	11.9
5 longen, borstkas	3.6	5.2
6 schouderstreek	6.9	10.1
7 armen, algemeen	4.3	6.1
8 bovenarm, elleboog	3.0	3.1
9 onderarm, pols	3.0	0.7
10 hand	7.1	1.4
11 benen, algemeen	8.3	6.4
12 heup, bekken, bovenbeen	5.0	2.8
13 knie, onderbeen	21.0	7.9
14 enkel, voet	7.3	3.3
15 overige	8.7	5.2
Totaal	100%	100%

het somatische aspect op de voorgrond - dan klachten van patiënten die via de huisarts in behandeling zijn genomen. Hier is het percentage 78%. In paragraaf 4.2.2 zagen we al dat in het algemeen klachten aan armen en benen een meer somatisch karakter dragen. Gelet op het feit dat het klachtenaanbod via de specialist meer betrekking heeft op armen en benen is het verschil in beoordeling van somatische- en psycho-sociale klachten wel begrijpelijk.

Wanneer we het oordeel van de huisarts, zoals vastgesteld in de registratie door de peilstationsartsen, vergelijken met het oordeel van de fysiotherapeut aangaande de mate waarin somatische- of psychosociale aspecten een rol spelen, blijkt het oordeel van de fysiotherapeut meer uit te slaan naar de somatische kant. De fysiotherapeuten beoordelen 80% van de klachten als somatisch, de huisartsen 72%. Wellicht valt dit verschil te verklaren door de achtergrond-

kennis die beide hulpverleners van de patiënt hebben. In veel gevallen nal de achtergrondkennis van de huisarts groter zijn, en mogelijk kan de fysiotherapeut pas aan het eind van de serie behandelingen een weloverwogen oordeel geven. In onze registratie werd dit oordeel echter tijdens de eerste behandeling gevraagd.

5.1.3. Diagnoses gerelateerd aan de verwijzer

In paragraaf 4.2.3 werden de diagnoses besproken van de patiënten die door peilstationsartsen (huisartsen) voor fysiotherapie werden verwezen. In deze paragraaf komen de diagnoses van de patiënten aan de orde die, na verwijzing door huisartsen en medisch-specialisten, door de registrerende fysiotherapeuten in behandeling zijn genomen. Bij voorbaat zijn enkele verschillen te constateren tussen de diagnoses uit de registraties van de peilstationsartsen en de fysiotherapeuten:

- Peilstationsartsen noteerden zelf de diagnoses die zij toeschreven aan de patiënten die zij voor fysiotherapie verwezen. De diagnoses van de patiënten die in behandeling werden genomen door fysiotherapeuten, werden door deze laatstgenoemden genoteerd. Het is derhalve niet geheel zeker of de aldus genoteerde diagnoses precies zo door de verwijzende artsen zijn omschreven.
- De diagnoses uit de twee bovengenoemde registraties hebben in het algemeen geen betrekking op dezelfde patiënten. De registrerende fysiotherapeuten zijn zoveel als mogelijk gerecruteerd uit de praktijken waarnaar de peilstationsartsen in hoofdzaak verwezen. De registratie door de peilstationsartsen vond echter plaats in 1985, die van de fysiotherapeuten deels in 1985 en deels in 1986. Bovendien verwezen peilstationsartsen ook naar niet-registrerende fysiotherapeuten, terwijl registrerende fysiotherapeuten tevens patiënten behandelden van andere artsen.

De genoemde verschillen geven aanleiding om de resultaten van de beide registraties, zeker waar deze betrekking hebben op de diagnoses bij verwijzingen, met de nodige voorzichtigheid te vergelijken.

De vergelijking concentreert zich op de verschillen in verwijsredenen tussen:

medisch-specialisten en huisartsen, zoals vastgelegd in de registratie in de fysiotherapiepraktijk

In paragraaf 4.2.3 zijn de diagnoses die behoren bij de verwijzingen van de peilstations op verschillende manieren ingedeeld en besproken. De indelingen van de diagnoses waren, op basis van de ICD 9-CM:

- hoofdstuksgewijs (volgens de hoofdstukindeling van de ICD-9-CM);
- naar localisatie van de aandoening;
- aan de hand van clusters;
- een weergave van de 25 meest voorkomende diagnoses.

Ook de diagnoses die door de fysiotherapeuten werden ingevuld, zijn geclassificeerd in de ICD-9-CM. De registratie door de fysiotherapeuten bood evenals die van de peilstationsartsen de mogelijkheid om meer dan één diagnose per verwijzing te noteren.

In totaal registreerden de fysiotherapeuten 6850 patiënten. 6567 keer werd één diagnose vermeld, 1480 maal twee en een derde diagnose werd 158 genoteerd. Bij de vergelijking van de diagnoses van patiënten die door medisch-specialisten en door huisartsen verwezen zijn, wordt slechts gebruik gemaakt van de eerste diagnoses. Het aantal eerste diagnoses van door huisartsen verwezen patiënten bedraagt 5370, dat van de medisch-specialisten 1197. Classificatie van de huisartsendiagnoses leverde ruim 540 verschillende codes op, de diagnoses van de medisch-specialisten bijna 400.

Een eerste overzicht van de diagnoses zoals geregistreerd door de fysiotherapeuten wordt, in de vorm van een indeling van de diagnoses volgens de hoofdstukken van de ICD-9-CM, in tabel 5.3 (zie volgende pagina) getoond.

Er zijn enkele aanzienlijke verschillen tussen de diagnoses van patiënten die verwezen zijn door huisartsen en medisch-specialisten. Medisch-specialisten verwijzen veel minder mensen met aandoeningen van het bewegingsstelsel dan huisartsen, maar veel meer patiënten met ongevalsletsels en patiënten die behandeld moeten worden in verband met ondergane operaties. Minder opvallend zijn de relatief lagere verwijscijfers van de psychische stoornissen en de hogere verwijsaantallen van patiënten met aandoeningen op het gebied van het zenuwstelsel. Een mogelijke verklaring voor de lagere verwijscijfers inzake psychische problematiek is te vinden in paragraaf 5.1.2.

Daarin wordt vermeld dat de klachten en diagnoses van mensen die door de medisch-specialist zijn verwezen, door de fysiotherapeuten meer als somatisch worden beoordeeld dan de klachten en diagnoses van patiënten, afkomstig van huisartsen. De overige hoofdstukken zijn wat betreft omvang van de verschillen tussen medisch-specialisten en huisartsen te verwaarlozen.

In paragraaf 4.2.4 zijn klachten en diagnoses, van de peilstations, vergeleken op grond van hun localisatie. De beschreven verschillen zijn in het algemeen van beperkte omvang en verschaffen weinig extra

Tabel 5.3.: indeling van diagnoses, volgens hoofdstukken van de ICD-9-CM, van gebruikers van fysiotherapeutische zorg in percentages

Hoofdstuk	% via specialist	% via huisarts
1 Infectieziekten en parasitaire ziekten	0.1	0.7
2 Nieuwvormingen	0.3	0.2
3 Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	0.4	0.1
4 Bloed en bloedvormende organen	0	0
5 Psychische stoornissen	0.9	2.3
6 Zenuwstelsel en zintuigen	3.8	1.3
7 Hart vaatstelsel	1.4	0.6
8 Ademhalingswegen	2.6	3.5
9 Spijsverteringsstelsel	0.5	0.1
10 Urogenitaal systeem	0.2	0
11 Zwangerschap, bevalling en kraambed	0	0
12 Huid en subcutis	0.5	0.2
13 Bewegingsstelsel	42.9	77.4
14 Congenitale afwijkingen	1.1	0.3
15 Aandoeningen perinatale periode	0.2	0
16 Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	1.8	2.5
17 Ongevalsletsels en vergiftigingen	21.9	9.6
V Lijst van factoren die de gezondheids-toestand beïnvloeden en van contacten met gezondheidsdiensten	20.6	1.3
Totaal	100%	100%
Niet ingedeeld	26	118

informatie. In de fysiotherapeutenregistratie bestaan ook geen verschillen met betrekking tot de localisatie van klachten en diagnoses. Derhalve zal de vergelijking tussen de localisatie van diagnoses uit respectievelijk de registraties van peilstationsartsen en fysiotherapeuten niet gepresenteerd worden.

Tabel 5.4 (zie volgende pagina) geeft voor zowel de medisch-specialisten als de huisartsen de percentages van de diagnoses van de ge-

bruikers van fysiotherapeutische zorg weer. De diagnoses zijn in clusters (zie paragraaf 4.2.3, tabel 4.9) ingedeeld.

Tabel 5.4.: diagnoses van gebruikers van fysiotherapeutische zorg, ingedeeld in vier onderscheiden categorieën van het hoofdstuk Bewegingsstelsel en bindweefsel uit de ICD-9-CM in percentages

Categorieën	% in behandeling gekomen via:	
	specialist	huisarts
1. artropathieën	29.5	10.5
2. dorsopathieën	39.6	59.2
3. reuma	22.7	26.2
4. osteo- en chondropathieën	8.2	3.4
	100%	100%

De medisch-specialisten verwijzen aanzienlijk meer patiënten met artropathieën en osteo- en chondropathieën. Aandoeningen uit de categorieën dorsopathieën en, in iets mindere mate, reuma worden aanzienlijk minder verwezen.

De medisch-specialist is afhankelijk van doorverwijzing door de huisarts. Derhalve bestaat het vermoeden dat aandoeningen die minder de zorg behoeven van medisch-specialisten, bijvoorbeeld omdat de diagnose door de huisarts gemakkelijk is te stellen of omdat de huisarts vindt dat behandeling in de eerste lijn de voorkeur heeft boven specialistische zorg, minder terug te vinden zijn in de behandelkamer van de medisch-specialist.

Een voorbeeld daarvan is lumbago. De diagnose lumbago wordt vaak als diagnose door de huisarts genoemd (18.3% van alle tot bovengenoemde categorieën behorende diagnoses). Bij de medisch-specialist is dat 6.3%. Hetzelfde geldt, in mindere mate, voor cervicalgie (respectievelijk 5.3 en 1.9%) niet gespecificeerde rugpijn (5.6 en 3.3%) en overige aandoeningen van de schouderstreek (7.6 en 3.7%). De eerste drie diagnoses verklaren een groot gedeelte van het verschil in de categorie dorsopathieën, de laatste diagnose heeft betrekking op de categorie reuma.

Tabel 5.5.: de top-25 van de meest voorkomende diagnoses van gebruikers van fysiotherapeutische zorg in percentages

Top-25*	% geregistreerd door fysiotherapeut, verwezen door	
	specialist	huisarts
1. Myogene lage-rugklachten	2.8	14,7
2. Gewrichtspijnen in de rug	2.5	9,9
3. Aandoeningen schoudergewricht	2.4	8,4
4. Aandoeningen rugmusculatuur exclusief lage-rugklachten	0.5	5,4
5. Aandoeningen zenuwstelsel, cervicaal en hoog thoracaal	1.8	5,0
6. Aandoeningen van de discus intervertebralis	4.7	3,3
7. Tenniselleboog	1.0	3,1
8. Spondylose	2.8	3,0
9. Aandoeningen ademhalingswegen	2.4	3,0
10. Hoofdpijn	1.2	2,7
11. Ischias	0.6	2,4
12. Myogene aandoeningen, schoudergordel	0.3	1,7
13. Distorsie enkelgewricht	1.5	1,7
14. Aandoeningen zenuwstelsel rug, exclusief 5 en 11	0.8	1,6
15. Dérangement interne van de knie	2.8	1,2
16. Verkrommingen van de wervelkolom	1.9	1,1
17. Myogene aandoeningen bekkengordel	0.3	1,0
18. Coxartrosis	1.3	0,9
19. Hyperventilatie	0.3	0,8
20. Entesopathie van de heup	0.3	0,8
21. Entesopathie van de enkel	0.4	0,7
22. Entesopathie van de knie	0.7	0,3
23. Gonartrosis	2.8	0,2
24. Bewegingsbeperking van de rug	0.0	0,1
25. Myogene aandoeningen van de hals	0.0	0,0

* Terwille van de overzichtelijkheid van de tabel wordt gebruik gemaakt van een afgekorte vorm van de omschrijving van de diagnoses. De volledige omschrijving van de aandoeningen treft U, zij het in gewijzigde volgorde, aan in bijlage 5.

Als we de diagnoses van huisartsen en medisch-specialisten vergelijken aan de hand van de 25 meest voorkomende diagnoses zien we eveneens opmerkelijke verschillen.

Tabel 5.5 geeft een overzicht van de 25, door de huisartsen, meest gehanteerde diagnoses, alsmede van het percentage van de gevallen waarin deze diagnoses door de medisch-specialisten zijn gesteld.

Tabel 5.5 laat zien dat de 25 door de huisartsen meest gehanteerde diagnoses ongeveer 72% van het totale aanbod van verwijsindicaties omvatten. Bij de medisch-specialisten is dat ongeveer 32%.

De top-25, zoals boven gepresenteerd, is geen goede afspiegeling van de verwijsindicaties afkomstig van de medisch-specialisten. Tweederde van alle verwijsredenen worden door de genoemde diagnoses niet omvat.

Diagnoses die frequenter voorkomen in het verwijspatroon van de medisch-specialisten zijn weergegeven in tabel 5.6 (zie volgende pagina).

Deze top-25 vertegenwoordigt nu bijna 65% van alle door de medisch-specialisten verwezen diagnoses.

Het grote verschil ten opzichte van de meest voorkomende aandoeningen bij huisartsen wordt gevormd door de post-operatieve en post-traumatische aandoeningen. Dat was, met het oog op tabel 5.3, wel te verwachten. Het is verder duidelijk dat patiënten met aandoeningen van de musculatuur in vergelijking met het verwijspatroon van de huisartsen slechts sporadisch worden doorverwezen door specialisten.

5.1.4. Verschillen tussen patiënten die door peilstationsartsen of door andere huisartsen zijn verwezen

In deze paragraaf worden de patiënten vergeleken die door de peilstationsartsen zijn verwezen met de patiënten uit de fysiotherapeutenregistratie afkomstig van huisartsen. De vergelijking betreft sociaal-demografische kenmerken, klachten en diagnoses.

De leeftijdsverdeling van patiënten die door peilstationsartsen voor fysiotherapie werden verwezen, komt overeen met de leeftijdsverdeling van de patiënten die de fysiotherapeut in behandeling nam na verwijzing door de huisartsen. Peilstationsartsen verwijzen meer vrouwen (55%) dan de huisartsen uit de fysiotherapieregistratie (53%). Bovendien verwijzen peilstationsartsen vaker ziekenfondsverzekerden.

Tabel 5.6.: de 25 meest gehanteerde diagnoses bij patiënten die door de medisch specialist verwezen zijn (N = 1223) in percentages

Diagnoses*	%
1. Fracturen bovenste extremiteiten	7.0
2. Postoperatieve status knie	6.9
3. Hernia nucleii pulposi	4.7
4. Fracturen onderste extremiteiten	3.9
5. Lumbago	2.8
6. Spondylose	2.8
7. Gonartrosis	2.8
8. Dérangement interne van de knie	2.8
9. Gewrichtspijnen in de rug	2.5
10. Periartritis humero-scapularis	2.4
11. Aandoeningen ademhalingswegen	2.3
12. Postoperatieve status lendenwervelkolom	2.2
13. Prothese heup	2.1
14. Distorsie knie	2.0
15. Kyfose	1.9
16. Aandoeningen zenuwstelsel, cervicaal en hoog-thoracaal	1.8
17. Reumatoïde artritis	1.8
18. Postoperatieve status enkel/voet	1.7
19. Distorsie enkel	1.5
20. Coxartrosis	1.3
21. Aandoeningen zenuwen extremiteiten	1.2
22. Hoofdpijn	1.2
23. Gewrichtspijn knie	1.1
24-27. Huidaandoeningen	1.0
postoperatieve status schouder	1.0
postoperatieve status hand	1.0
postoperatieve status heup	1.0

* Terwille van de overzichtelijkheid van de tabel wordt gebruik gemaakt van een verkorte vorm van de omschrijving van de aandoening. In bijlage 9 treft U de volledige omschrijving van de aandoeningen aan.

De resultaten van de registratie van de klachten in de fysiotherapiepraktijk (huisartsen) stemmen overeen met de resultaten van de registratie door de peilstationsartsen (zie tabel 5.7).

Tabel 5.7.: klachtenaanbod, ingedeeld naar localisatie, van patiënten verwezen door huisartsen en peilstationsartsen

Localisatie	% verwezen door	
	huisarts	peilstationsarts
1. hoofd	4,7	3,5%
2. rug, algemeen	15,3	17,6%
3. rug, nekgedeelte	15,7	14,7%
4. lage rug	11,9	11,3%
5. longen, borstkas	5,2	3,0%
6. schouderstreek	10,1	12,4%
7. armen, algemeen	6,1	4,8%
8. bovenarm, elleboog	3,1	2,4%
9. onderarm, pols	0,7	1,1%
10. hand	1,4	0,9%
11. benen, algemeen	6,4	6,2%
12. heup, bekken, bovenbeen	2,8	3,3%
13. knie, onderbeen	7,9	8,0%
14. enkel, voet	3,3	3,2%
15. overige	5,2	7,6%
Totaal	100%	100%

Het resultaat van de registratie van diagnoses door de peilstationsartsen wijkt enigszins af van de registratie door fysiotherapeuten van de diagnoses van patiënten die door huisartsen werden verwezen (zie tabel 5.8 volgende pagina).

Peilstationsartsen sturen relatief meer patiënten door met psychische stoornissen en aandoeningen van het bewegingsstelsel. De door de fysiotherapeuten geregistreerde diagnoses van huisartsen betreffen meer mensen met ademhalingsproblematiek en ongevalsletsels. Als de diagnoses in clusters worden verdeeld, zoals in tabel 5.4, dan zien we dat peilstationsartsen meer diagnoses, bij verwijzing voor fysiotherapie, stellen in de clusters artropathieën, reuma en

Tabel 5.8.: ICD.9.CM, van peilstationsartsen en huisartsen

	peil-	huis-
	stations- artsen	artsen
	%	%
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	0,4	0,7
2. Nieuwvormingen	0,1	0,2
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	0,1	0,1
4. Bloed en bloedvormende organen	0,1	0,1
5. Psychische stoornissen	3,1	2,3
6. Zenuwstelsel en zintuigen	1,7	1,3
7. Hart vaatstelsel	0,3	0,6
8. Ademhalingswegen	2,1	3,5
9. Spijsverteringsstelsel	0,0	0,0
10. Urogenitaal systeem	0,0	0,0
11. Zwangerschap, bevalling en kraambed	0,0	0,0
12. Huid en subcutis	0,2	0,2
13. Bewegingsstelsel	80,4	77,4
14. Congenitale afwijkingen	0,3	0,3
15. Aandoeningen perinatale periode	0,0	0,0
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	1,2	2,5
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	8,7	9,6
V. Lijst van factoren die gezondheidstoestand beïnvloeden en van contacten met gezondheidsdiensten	1,4	1,3
Totaal	100%	100%
Niet ingedeeld	80	118

osteo- en chondropathieën. Het aantal diagnoses in de vierde cluster, dorsopathieën, is dan uiteraard relatief kleiner dan bij de huisartsen uit de fysiotherapeutenregistratie.

De rangschikking van de diagnoses naar frequentie van voorkomen (top-25) geeft voor de peilstationsartsen een iets ander beeld dan voor de andere huisartsen. Een tweetal diagnoses verschilt sterk. In de registratie door fysiotherapeuten komen belangrijk minder patiënten voor met aandoeningen van rugmusculatuur, maar meer patiënten met gewrichtspijnen in de rug.

Een verklaring voor bovengenoemde verschillen kan zijn dat peilstationsartsen inderdaad een ander verwijzingspatroon hanteren dan de overige huisartsen.

Mogelijk is ook de registratiewijze debet aan de verschillen. Peilstationsartsen noteerden zelf hun diagnoses. De diagnoses van de overige huisartsen werden door de fysiotherapeuten geregistreerd. Dezen kunnen aldus hun eigen informatie aangaande de diagnoses toegevoegd hebben. Deze laatste verklaring lijkt steun te vinden in het gegeven dat de diagnoses van de huisartsen meer betrekking hebben op gespecificeerde aandoeningen, die van peilstationsartsen meer op ongespecificeerde aandoeningen.

Samengevat: Peilstationsartsen verwijzen meer vrouwen en meer ziekfondsverzekerden dan de overige huisartsen voor fysiotherapie. Het klachtenpatroon van de patiënten die zij verwijzen verschilt weinig.

De diagnoses van de peilstationsartsen hebben relatief meer betrekking op ongespecificeerde aandoeningen waarbij moet worden aangetekend dat de diagnoses van de overige huisartsen door de behandelende fysiotherapeuten zijn geregistreerd. Peilstationsartsen sturen wel relatief meer patiënten met psychische stoornissen en aandoeningen van het bewegingsstelsel naar de fysiotherapeut.

5.2. Werkdiagnose van de fysiotherapeut

Anders dan bij de (medische) diagnose die door de verwijzend arts is gesteld en die een ziekte/aandoening in termen van een ICD-9-CM-code heeft opgeleverd, zijn er aan de werkdiagnose van de fysiotherapeut verschillende aspecten te onderscheiden. Dat zijn de volgende: localisatie, de tijdsduur sinds het ontstaan van de klacht, bewegingsbeperkingen en waarschijnlijke oorzaak. De onderscheidingen zijn gemaakt omdat de medische diagnose op zich te weinig basis biedt voor een fysiotherapeutische behandeling. De fysiotherapeut onderwerpt de patiënt eerst aan een fysiotherapeutisch onderzoek om een behandelingsplan op te stellen.

De aspecten van de werkdiagnose zijn geordend aan de hand van twee classificatiesystemen. De localisatie van de klacht, gedifferentieerd voor het bewegingsapparaat is ingedeeld volgens het 'Klassificatiemodel Fysiotherapie' (Van Bergen e.a., 1985, zie ook Curfs e.a. 1987). Daarbij zijn we pragmatisch te werk gegaan en hebben slechts een deel van het Klassificatiemodel benut. Dit is ingegeven

door het feit dat integrale toepassing van het Klassificatiemodel erg tijdrovend is, terwijl daarnaast ook het model nog in ontwikkeling is. Voor een kritische bespreking van het Klassificatiemodel zij verwezen naar Snel (1987).

Bewegingsbeperkingen zijn geclassificeerd met behulp van het D-hoofdstuk van de ICDH en ook hierbij is een pragmatische aanpak gekozen. De redenen hiervoor zijn dezelfde als die voor het Klassificatiemodel: integrale toepassing kost te veel tijd en ook de ICDH is nog in ontwikkeling. De ICDH is dus niet integraal toegepast. Dit betekent dat de relatie tussen stoornis, beperking en handicap (de begrippen waarop de ICDH is gebaseerd) onbesproken blijft. Het D-hoofdstuk is slechts opgevat als een verzameling van beperkingen die, omdat de ICDH goed is beschreven, voor iedereen toegankelijk is en daarom een minder particulier karakter heeft dan een eigen indeling van (bewegings)beperkingen zou hebben.

Localisatie van de klachten en/of achterliggende aandoeningen

De localisatie van de klacht is een belangrijke parameter voor de fysiotherapeut. De fysiotherapeut onderzoekt welke spier(groep) of deel van het gewricht het aangrijpingspunt vormt voor de behandeling. De localisaties zijn door ons gegroepeerd en in tabel 5.9 (zie volgende pagina) weergegeven.

De indeling van de werkdiagnose is, zo blijkt uit tabel 5.9, tweedimensionaal. Er geldt eerst een onderscheid naar een grove rubricering van de werkdiagnoses: bewegingsapparaat, zenuwstelsel, ademhaling etc. Daarna worden de werkdiagnoses met betrekking tot het bewegingsapparaat en het perifere zenuwstelsel onderverdeeld naar localisatie.

Klachten en/of achterliggende aandoeningen van het bewegingsapparaat spelen in 93.4% van alle werkdiagnoses een rol. Binnen deze categorie hebben de meeste klachten en/of aandoeningen betrekking op de wervelkolom (meer dan 50% van alle werkdiagnoses). De rest is verdeeld over de benen (22.6%) en de armen/schouders (20.2%).

Binnen de werkdiagnoses met betrekking tot de wervelkolom is een duidelijke tweedeling te maken, het lumbale gedeelte van de wervelkolom localiseert 24.5% van alle klachten en/of aandoeningen, het cervicale gedeelte localiseert 17.7%. Binnen de werkdiagnoses die als localisatie de benen hebben, scoort de knie/onderbeen (11.8%) het hoogst, bij de bovenste extremiteiten localiseert de schouder de meeste aandoeningen.

Naast klachten en/of aandoeningen van het bewegingsapparaat komen aandoeningen van de ademhalingswegen (3.9%) regelmatig, zij het niet

Tabel 5.9: werkdiagnose van de fysiotherapeut van 6850 patiënten naar localisatie van de klacht en/of achterliggende aandoening (nno=niet nader omschreven)

localisatie	percentage
bewegingsapparaat nno	1.6
wervelkolom nno	3.3
wervelkolom/cervicaal	17.7
wervelkolom/thoracaal	3.5
wervelkolom/lumbaal	24.5
totaal wervelkolom	50.6
bovenste extremiteiten nno	0.5
schouder/bovenarm	11.8
elleboog/onderarm	4.8
pols/hand	3.1
totaal armen	20.2
onderste extremiteit nno	0.6
heup/bovenbeen	5.8
knie/onderbeen	11.8
enkel/voet	4.4
totaal benen	22.6
thorax	0.9
abdomen	0.3
ademhaling	3.9
diverse (o.a. systeem aand, centraal zs) (hart/vaat/lymfe,huid)	1.2

frequent, voor bij patiënten die fysiotherapeutisch behandeld worden.

Beperkingen

Bij de meeste klachten of achterliggende aandoeningen die door de fysiotherapeut worden behandeld is er sprake van beperkingen. 'Beperking' is een begrip dat is ingekaderd in de terminologie van de ICDH. De definitie luidt: The reduction of functional ability to lead a fruitful dayly life. It is the result not only of mental and/or physical impairment but also of the individuals adjustment to this (Hirs, 1987). Vrij vertaald komt het er op neer dat door beperkingen patiënten niet in staat zijn normale (dagelijkse) activiteiten te ontplooiën. Tabel 5.10 (zie volgende pagina) presenteert

de beperkingen van de door de fysiotherapeut behandelde patiënten. Bij 18.2% van de patiënten is er geen sprake van beperkingen, 81.8% is wel in enigerlei mate beperkt.

Tabel 5.10.: beperkingen van 6850 patiënten naar de D-code van de ICDH in aantallen en percentages

	aantal	percentage
1 gedragsbeperkingen	1126	16.4
2 communicatiebeperkingen	16	0.2
3 beperkingen in de persoonlijk verzorging	56	0.8
4 beperkingen in het voortbewegen	1151	16.8
5 beperkingen in de lichaamsbeheersing	1557	22.7
6 vaardigheidsbeperkingen	31	0.5
7 situationele beperkingen	367	5.4
8 beperkingen in bijzondere vaardigheden	285	4.2
9 beperkingen in ADL*	612	8.9
10 beperkingen in andere activiteiten*	400	5.8
geen beperkingen	1249	18.2

* tweedeling van het ICDH-D hoofdstuk 9

Bij patiënten in de fysiotherapiepraktijk komen beperkingen in de lichaamsbeheersing het meest frequent voor, gevolgd door beperkingen in het voortbewegen en gedragsbeperkingen.

Beperkingen in de lichaamsbeheersing hebben betrekking op 'het vermogen om bepaalde activiteiten nauw verbonden met de beheersing van lichaamsdelen, uit te voeren'. Deze omvatten tevens de afgeleide activiteiten bij de uitvoering van huishoudelijke taken. Beperkingen in het boodschappen doen en het verzorgen van de maaltijden komt bij 6.1% van alle beperkingen voor. Andere relatief veel voorkomende items zijn het draaien van het hoofd (4.8%), het draaien van het lichaam (4.1%) en beperkingen in het gebruik van een arm (3.9% van alle beperkingen).

Beperkingen in het voortbewegen hebben betrekking op 'het uitvoeren van omschreven activiteiten welke verbonden zijn met de verplaatsing van betrokkene of van voorwerpen'. Beperkingen die het gevolg zijn van een verminderd uithoudingsvermogen vallen niet in deze rubriek, dat zijn 'situationele beperkingen'. Beperking in het lopen is de belangrijkste categorie binnen beperkingen in het voortbewegen, 12% van alle beperkingen heeft betrekking op moeilijkheden bij het lopen

en nog eens 1.8% betreft moeilijkheden bij het lopen over langere afstanden.

Gedragsbeperkingen hebben betrekking op beperkingen in 'het zelf-besef en het vermogen zich adequaat te gedragen, zowel in de dagelijkse bezigheden als tegenover anderen, alsmede het vermogen om te leren'. Dit hoofdstuk valt uiteen in bewustzijnsbeperkingen, een categorie die bij fysiotherapeutische behandelde patiënten in het geheel niet voorkomt, en relatiebeperkingen. Relatiebeperkingen op hun beurt bestaan uit beperkingen in de gezinsrol, bezigheidsbeperkingen en andere gedragsbeperkingen. Bezigheidsbeperkingen vormen in ons materiaal de belangrijkste categorie. Verreweg het belangrijkste onderdeel binnen deze categorie is beperkingen bij de werkuitvoering, inclusief onvoldoende uitvoering en productie. 19% van alle genoemde beperkingen - en dit heeft betrekking op 16% van alle door fysiotherapeuten behandelde patiënten - slaat op beperkingen in de werkuitvoering.

Uit tabel 5.10 blijkt dat communicatiebeperkingen, beperkingen in de persoonlijke verzorging en vaardigheidsbeperkingen nauwelijks voorkomen bij de behandelde patiënten. Situationele beperkingen betreffen beperkingen in het uithoudingsvermogen en beperkingen in het volhouden van een bepaalde houding, 3.1% van de beperkingen betreft het niet lang kunnen zitten of staan.

Beperkingen in bijzondere vaardigheden, met name sportactiviteiten vallen hieronder, heeft betrekking op 4.9%.

Tenslotte kent de D-code van de ICDH een verzamelhoofdstuk onder de titel 'beperkingen in andere activiteiten' hetwelk door ons is uitgesplitst in twee delen: ADL-beperkingen en beperkingen in andere activiteiten. ADL - activiteiten in het dagelijkse leven - is als aparte categorie opgenomen omdat de term ADL vaak zonder verdere toelichting op het registratieformulier is genoteerd. ADL geeft op zich geen specifieke informatie. Deze categorie vormt daarom een enigszins amorfe verzameling van beperkingen. Beperkingen in ADL vormt 10.9% van alle beperkingen.

Dit overzicht van de meest frequent voorkomende beperkingen van patiënten die door de fysiotherapeut worden behandeld, kan als volgt worden samengevat: beperkingen vallen relatief vaak onder de volgende noemers - huishouden (5.3% van alle patiënten) - lopen (13.4%) - zitten/staan (6.7%) - werken (15.5%) - sporten (4.0%) en ADL (8.9%). Meer dan de helft van alle patiënten hebben beperkingen die hierop betrekking hebben. Bij iets minder dan een vijfde van de patiënten zijn geen beperkingen geregistreerd. In paragraaf 5.3.2

komen we op de beperkingen terug, waarbij zij wat specifiekere zullen worden onderverdeeld.

Tijdsduur van de klacht

De tijdsduur van de klacht is de duur van de periode tussen het eerste optreden van de klacht en het moment van registreren. Naast de tijdsduur is ook de urgentie van de klacht van belang, dit heeft betrekking op de hinder die de patiënt ondervindt van de klacht. Langdurige klachten kunnen een intermitterend karakter hebben, op het ene tijdstip ondervindt de patiënt meer hinder van de klacht dan op een ander tijdstip, de klacht heeft dan een wisselende urgentie. Uit het feit dat de patiënt een verwijzing voor fysiotherapie heeft gekregen mag worden aangenomen dat de klachten tamelijk urgent zijn. De tijdsduur van de klachten wordt weergegeven in tabel 5.11.

Tabel 5.11.: tijdsduur van de klachten van 6850 patiënten in percentages

tijdsduur van de klacht	percentage
een paar dagen (0 t/m 2)	2.9
meer dan een paar dagen - tot en met een week	7.6
meer dan een week - tot en met drie weken	17.8
meer dan drie weken - tot en met zes weken	12.8
meer dan zes weken - tot en met drie maanden	10.3
meer dan drie maanden - tot en met een jaar	14.2
langer dan een jaar	29.7
aantal onbekend 340	

Wat vooral opvalt is dat bij een kleine dertig procent van de patiënten de klachten al langer dan een jaar aanwezig zijn. Het behandelen van patiënten met chronische klachten vormt dus een belangrijk bestanddeel van het werk van fysiotherapeuten. Het beeld dat uit de overige categorieën naar voren komt is ongeveer aldus. Wanneer de patiënten klachten krijgen, komt een klein deel, ongeveer 10%, vrij snel onder behandeling van de fysiotherapeut. De meeste patiënten lijken het verloop van de klachten even af te wachten, eventueel op advies van de arts, en komen pas na enkele weken of maanden onder fysiotherapeutische behandeling. De derde, vierde en vijfde categorie representeren het geduld waarmee de patiënt of de huisarts het verloop van de klachten gevolgd heeft. Deze categorieën samen be-

slaan ruim 40% van de patiënten. De patiënten die pas na 3 maanden maar binnen een jaar na het optreden van de klacht bij de fysiotherapeut komen - ongeveer 15% van alle patiënten - bevinden zich volgens de indeling die in deze tabel gehanteerd is in het grensgebied tussen acute en chronische klachten.

Patiënten met chronische klachten hebben (relatief) iets meer beperkingen met betrekking tot de persoonlijke verzorging evenals beperkingen in het draaien van het hoofd en beperkingen in het uithoudingsvermogen. Patiënten die gedragsbeperkingen ondervinden - over het algemeen zijn dit de gevolgen van de aandoening in relatie tot het uitvoeren van het werk - hebben relatief meer klachten waarvan de duur meer dan drie weken tot en met een jaar is.

Bij patiënten met beperkingen in andere categorieën is er geen samenhang tussen de aard van de beperking en de duur van de klacht. Uit het materiaal blijkt wel een relatie tussen chronische klachten en recidiverende aandoeningen. Van 62% van de recidiverende aandoeningen is de duur langer dan 3 maanden, terwijl dat voor de andere aandoeningen slechts 29% is.

Waarschijnlijke oorzaak van de klacht

Als laatste specifieke aspect van de werkdiagnose van de fysiotherapeut is gevraagd naar de waarschijnlijke oorzaak van de klacht. Binnen de oorzaken zijn er twee ruime deelgebieden: aangeboren en verworven aandoeningen.

Bij ruim 44% van de patiënten is de oorzaak van de klacht onbekend. Aangeboren aandoeningen treft men aan bij een zeer klein percentage (ongeveer 1%) van de patiënten aan. De rest van de aandoeningen (55%) is door ons gecodeerd onder de noemer 'verworven'. Van deze verworven aandoeningen valt ongeveer eenderde onder de traumatische aandoeningen. Deze categorie bestaat uit distorsie, luxatie, contusie, fractuur etc. Eenzesde valt onder degeneratieve afwijkingen en deze categorie is net zo groot als de overbelastingen. Minder frequent komen infectieuze aandoeningen (6%), postoperatieve aandoeningen (6%), psychische stoornissen (5%) en houdingsafwijkingen (7%) voor.

5.3. Fysiotherapeutische behandeldoelen

Fysiotherapeuten kiezen in het algemeen meer dan één behandeldoel. Van de mogelijkheid het relatieve belang van de verschillende behan-

deldoelen aan te geven is weinig gebruik gemaakt. De keuze van behandeldoel is daarom uitgedrukt in wel/niet gekozen.

In tabel 5.12 (zie volgende pagina) zijn dertig combinaties van behandeldoelen weergegeven, geordend naar de frequentie waarin zij voorkomen. Op de eerste plaats staat de combinatie van pijnvermindering en mobiliteitstoename, in meer dan 12% van alle behandelingen is deze combinatie gekozen. De keuze van alleen pijnvermindering staat op de tweede plaats; in bijna 10% van de behandelingen staat dit behandeldoel centraal. De derde en vierde plaats worden ingenomen door pijnvermindering en mobiliteitstoename respectievelijk gecombineerd met het inzicht geven in de klachtenproblematiek (3.9%) en spierkrachttoename (3.6%). Op de vijfde plaats vinden we de combinatie van pijnvermindering en het inzicht geven in de klachtenproblematiek; deze combinatie komt in iets meer dan 3% van alle behandelingen voor.

Uit tabel 5.10 is af te leiden dat een combinatie van drie, vier of zelfs vijf behandeldoelen regelmatig voorkomt.

Op de laagste regel van tabel 5.12 staan de percentages vermeld van het aantal behandelingen waarin de onderscheiden behandeldoelen zijn gekozen, ongeacht in welke combinatie zij voorkomen. Ook hieruit blijkt dat pijnvermindering het meest voorkomt, daarna mobiliteitstoename en het inzicht geven in de klachtenproblematiek.

Het verbeteren van de houdingscoördinatie en bewegingscoördinatie zijn twee behandeldoelen die in elkaars verlengde liggen. Beide hebben betrekking op lichaamsbeheersing waarbij houdingscoördinatie betrekking heeft op de statische lichaamsbeheersing en bewegingscoördinatie meer gecorreleerd is aan de dynamische lichaamsbeheersing. Samen met de regulatie van de spiertonus en het doen toenemen van de spierkracht komen deze behandeldoelen in ongeveer een kwart van alle behandelingen aan de orde. Het nastreven van algehele ontspanning vindt plaats bij eenzesde van de behandelde patiënten en het verbeteren van vitale functies, tenslotte, komt relatief het minst voor (8%). Het verbeteren van de ademhaling speelt bij dit behandeldoel de belangrijkste rol.

Het aantal behandeldoelen dat per behandeling is gekozen, is als volgt verdeeld: 922 keer (15%) werd één en niet meer dan één behandeldoel gekozen, 1789 keer (26%) werd een combinatie van twee behandeldoelen gekozen.

De combinatie van drie behandeldoelen, 1823 keer (27%), is de meest voorkomende, terwijl ook de combinatie van vier behandeldoelen re-

Tabel 5.12.: De dertig meest voorkomende combinaties van behandel-
doelen

	pijn	mob	inz	hou	sptoe	spreg	bewco	onts	vita	aan- tal	%
1.	x	x								838	12.5
2.	x									638	9.5
3.	x	x	x							265	3.9
4.	x	x			x					243	3.6
5.	x		x							213	3.2
6.	x	x		x						198	2.9
7.									x	177	2.6
8.	x	x				x				168	2.5
9.	x					x				139	2.1
10.	x				x					128	1.9
11.	x	x	x			x				121	1.8
12.	x	x						x		109	1.6
13.	x	x					x			107	1.6
14.	x							x		105	1.6
15.	x	x	x		x					93	1.4
16.	x	x		x			x			89	1.3
17.	x			x						81	1.2
18.	x	x	x	x						80	1.2
19.	x		x		x					69	1.0
20.	x		x			x				67	1.0
21.	x	x			x		x			62	0.9
22.	x	x		x		x	x			59	0.9
23.	x	x		x						58	0.9
24.		x			x					56	0.8
25.	x	x		x		x				54	0.8
26.	x	x						x		54	0.8
27.	x						x			53	0.8
28.	x	x	x	x		x				51	0.7
29.	x	x	x	x			x			49	0.7
30.	x	x	x				x	x		49	0.7
overige										2252	33
kolom %	86.1	57.4	33.6	27.5	24.0	23.5	23.2	16.5	7.7		

legenda

- pijn = pijnvermindering
- mob = mobiliteitstoename
- inz = inzicht geven in de klachten
- hou = verbeteren van houdingscoördinatie
- sptoe = spierkrachtoename
- spreg = spiertonusregulatie
- bewco = verbeteren van bewegingscoördinatie
- ontsp = ontspanning
- vita = verbeteren van vitale functie

gelmatig, 1125 keer, 17%, voorkomt. Tenslotte komen vijf of meer behandeldoelen, in sterk aflopende frequenties, in totaal nog 1660 keer (24%) voor.

Het kiezen van een behandeldoel is gerelateerd aan de klachten waarvoor een patiënt fysiotherapeutische hulp vraagt. De indicatiestelling van de arts, levert een beschrijving van de achter de klachten liggende aandoening in medisch-diagnostische termen op, waaraan een codering in de ICD-9-CM gekoppeld is.

Onderzoek door de fysiotherapeut resulteert in een werkdiagnose. Het vaststellen van beperkingen (als gevolg van een aandoening) is een onderdeel van de werkdiagnose dat voor de fysiotherapeutische behandeling van belang is. De beperkingen op hun beurt liggen ten grondslag aan behandelbare grootheden (behandeldoelen). Beperkingen werden in dit onderzoek gecodeerd volgens de D-code van de ICIDH.

In onderstaande paragrafen worden de behandeldoelen gerelateerd aan de aard van de aandoening in medisch-diagnostische termen en het gevolg van de aandoening in termen van beperkingen.

5.3.1. Behandeldoel en medische diagnose

Uitgangspunt voor het bepalen van de relatie tussen doel van de behandeling en de aandoening vormen de behandeldoelen genoemd in tabel 5.12 en de 25 diagnoses genoemd in tabel 5.5. Gedetailleerde informatie staat in bijlage 12.

Twee diagnoses onderscheiden zich met betrekking tot het behandeldoel duidelijk van alle andere: luchtweginfecties en hyperventilatie. Bij luchtweginfectie is het doel bijna altijd het 'verbeteren van vitale functie' bij hyperventilatie komt daar 'ontspanning' nog bij. In het vervolg zullen deze twee diagnoses, die bijna altijd een uitzondering op de regel vormen onbesproken blijven.

Behandeldoelen vormen de ingang van de bespreking van de relatie met de diagnoses. Pijnvermindering wordt nagenoeg altijd nagestreefd, behalve bij verkrommingen van de wervelkolom waarbij pijnvermindering slechts bij de helft van het aantal behandelingen voorkomt.

Mobiliteitstoename wordt veel gekozen bij hernia nucleï pulposi, gewrichtspijnen in de rug, contractuur van de rug en bij coxartrosis. Inzicht geven in de klachtenproblematiek geschiedt regelmatig bij coxartrosis, spondylose en hernia nucleï pulposi. Heel weinig zien we dit behandeldoel bij myogene aandoeningen van de bekkengordel en distorsie van het enkelgewricht. Houdingscoördinatie is een behandeldoel dat betrekkelijk veel wordt gekozen bij diagnoses die op rugklachten wijzen. Bij verkrommingen van de wervelkolom komt hou-

dingscoördinatie vaak voor, evenals bij myogene lage-rugklachten, hernia nucleï pulposi en bewegingsbeperking van de rug. Daarnaast komt dit behandeldoel regelmatig voor bij aandoeningen van het zenuwstelsel in de rug. Bij diagnoses die wijzen op aandoeningen van de bekkengordel, tenniselleboog en enthesopathieën van zowel knie, enkel als heup is verbetering van de houdingscoördinatie een weinig frequent gekozen doel.

Het volgende behandeldoel - regulatie van spiertonus - differentieert heel wat minder tussen de aandoeningen. Alleen bij aandoeningen van de rugmusculatuur en bij bewegingsbeperking van de rug wordt het regelmatig nagestreefd. Het doen toenemen van de spierkracht is een doel dat bij gonartrosis altijd gekozen wordt, bij interne dérangement interne van de knie en bij verkrommingen van de wervelkolom regelmatig. Het verbeteren van de bewegingscoördinatie komt regelmatig voor bij verkrommingen van de wervelkolom, gonartrosis en distorsie van het enkelgewricht.

In bovenstaande opsomming zijn enkele diagnoses of diagnosegroepen niet vermeld: het gaat hierbij om periartritis humero-scapularis, aandoeningen van het cervicale of hoog thoracale zenuwstelsel, ischias en aandoeningen van de schoudergordel. Dat deze aandoeningen niet genoemd zijn wil zeggen dat geen enkel behandeldoel relatief meer voorkwam dan andere bij de behandeling van deze diagnoses.

Uit de samenhang tussen de diagnoses bij verwijzing en de door de fysiotherapeut gekozen behandeldoelen blijkt dat, met uitzondering van hyperventilatie en luchtweginfectie, pijnaspecten een zeer belangrijke rol spelen. We stelden eerder dat de huisarts overwegend patiënten met klachten op het gebied van het bewegingsapparaat doorverwijzen; we kunnen hier aan toevoegen dat pijn bij deze klachten een grote rol speelt.

5.3.2. Behandelgoal en beperkingen

In deze paragraaf zullen de behandeldoelen gerelateerd worden aan het gevolg van de aandoening in termen van beperkingen. In tabel 5.10 is de verdeling van de beperkingen weergegeven in 10 categorieën. Deze categorieën zijn tamelijk globaal en niet geschikt om gerelateerd te worden aan de onderscheiden behandeldoelen. Meer specifieke categorieën zijn als volgt omschreven (zie ook tabel 5.13 volgende pagina):

- beperkingen in het uitvoeren van het werk (N=961);
- beperkingen in het uitvoeren van het werk, zodanig dat de patiënt tijdelijk of helemaal niet meer tot werken in staat is (N=102);
- beperkingen in het uitvoeren van het huishouden (N=339).

Deze drie categorieën samen hebben betrekking op beperkingen in betaalde en onbetaalde arbeid. De behandeldoelen die met deze beperkingen samenhangen zijn: pijnvermindering bij patiënten met beperkingen in het uitvoeren van het huishouden en spiertonusregulatie bij patiënten met beperking in het uitvoeren van het werk. Daarnaast spelen het inzicht geven in de klachtenproblematiek en ontspanning bij patiënten die (tijdelijk) niet meer werken een grotere rol dan bij de andere patiënten.

Tabel 5.13.: Nadere specificatie van beperkingen van 6850 patiënten naar de D-code van de ICDM in aantallen en percentages

	aantal	%
1. gedragsbeperking n.n.o.	63	0,9
- werk	961	14,0
- werk (zw)	102	1,5
2. communicatiebeperking n.n.o.	16	0,2
3. beperking in de persoonlijke verzorging		
- pers. verz.	56	0,8
4. beperkingen in het voortbewegen n.n.o.	209	3,1
- lopen	670	9,8
- traplopen	87	1,3
- lopen over langere afstand	100	1,5
- staan	85	1,2
5. beperking in de lichaamsbeheersing n.n.o.	298	4,4
- huishouden	339	4,9
- armgebruik	332	4,8
- draaien hoofd	498	7,3
- zitten	83	1,2
- staan	7	0,1
6. vaardigheidsbeperkingen n.n.o.	31	0,5
7. situationele beperkingen n.n.o.	80	1,2
- uithoudingsvermogen	175	2,6
- uithoud. verm. bij inspanning	112	1,6
8. beperkingen bijzondere vaardigheden n.n.o.	9	0,1
- sporten	276	4,0
9. beperkingen in andere activiteiten n.n.o.	450	6,6
- adl	562	8,2
geen beperkingen	1249	18,2

Voorts onderscheiden we de volgende categorieën:

- beperkingen in de persoonlijke verzorging (N=56);
 - beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven (ADL) (N=537).
- Bij beperkingen die in deze twee categorieën vallen, treffen we geen behandeldoelen aan die relatief meer voorkomen dan uit het totaalbeeld van de behandeldoelen (zie tabel 5.12) naar voren komt. Wel blijkt dat bij patiënten met beperkingen in de persoonlijke verzorging het behandeldoel spierkrachttoename minder vaak wordt gekozen. De navolgende categorieën hebben betrekking op de houding en beweging van het lichaam:
- beperkingen met betrekking tot het zitten (N=79);
 - beperkingen in verband met het staan (N=90);
 - beperkingen in verband met het lopen (N=647);
 - beperkingen in verband met het traplopen en lopen over een oneffen ondergrond (N=87);
 - beperkingen in verband met het lopen over wat langere afstanden (N=97).

Bij beperkingen in het zitten wordt pijnvermindering heel vaak gekozen. Het geven van inzicht in de klachtenproblematiek en het verbeteren van de bewegingscoördinatie zijn behandeldoelen die regelmatig worden gekozen. Spierkrachttoename daarentegen komt heel weinig voor. Bij beperkingen met betrekking tot het staan komt spierkrachttoename naast het verbeteren van de bewegingscoördinatie weer wel regelmatig voor. Ook bij de drie beperkingen die betrekking hebben op het lopen worden deze twee behandeldoelen relatief vaak nagestreefd. Het verbeteren van houdingscoördinatie speelt bij deze beperkingen geen grote rol.

- beperkingen in het gebruiken van de armen (N=318);
- beperkingen in het draaien van het hoofd (N=477).

Bij beperkingen in het gebruik van de armen wordt mobiliteitstoename erg vaak nagestreefd, terwijl het verbeteren van de houdings- en bewegingscoördinatie evenals ontspanning (relatief) weinig gekozen wordt.

Pijnvermindering speelt een grote rol bij beperkingen in het draaien van het hoofd. Mobiliteits- en spierkrachttoename worden vaak/regelmatig als behandeldoel aangemerkt bij deze beperking.

- beperkingen in het uithoudingsvermogen bij inspanning (N=105).
- Het behandeldoel dat bij beperkingen in het uithoudingsvermogen veel gekozen wordt is het verbeteren van de vitale functies, met name ademhaling. Pijnvermindering speelt bij deze beperking een kleinere rol, in ongeveer de helft van de behandelingen wordt het gekozen.

- beperkingen bij het sporten (N=276).

Beperkingen bij het sporten geeft - zo blijkt het uit materiaal - geen aanleiding om bepaalde behandeldoelen juist meer of minder te kiezen dan naar voren komt uit het totaalbeeld van gekozen behandeldoelen.

Per behandeldoel is er tussen de beperkingen beduidend minder variatie dan tussen de medische diagnoses. Dit komt niet doordat de beperkingen relatief grotere groepen vormen dan de medische diagnoses. Als dat zo was zou de variatie kunnen zijn 'uitgemiddeld'. Het lijkt erop dat beperkingen in termen van een D-code uit de ICDH meer globale categorieën vormen dan de medische diagnoses in termen van een ICD-9-CM code. De ICDH wordt door het feit dat uitgegaan wordt van beperkingen in het functioneren, als beter aansluitend bij de praktijk van de fysiotherapie beschouwd dan de medische diagnose, gecodeerd in de ICD. Gegeven de bovenstaande uitkomsten zou echter nagegaan moeten worden of een meer specifieke codering van beperkingen gericht op de fysiotherapie mogelijk is. Dit kan door aan de ICDH eventueel een vierde en vijfde cijfer toe te kennen, een proces dat echter ten koste gaat van de standaardisatie van de beperkingen.

Uit de bovenstaande beschrijving is af te leiden dat een fysiotherapeut zijn behandeldoel en behandelvormen niet automatisch kan afstemmen op een bepaalde medische diagnose of beperking. Hoewel de relatie tussen deze grootheden soms duidelijk is, blijkt de fysiotherapeut vaak bij dezelfde soort diagnoses of beperkingen verschillende behandelbare grootheden te ontdekken die op hun beurt verschillende behandeldoelen ten gevolg hebben.

5.4. Aard van de behandeling

Het fysiotherapeutisch arsenaal kent een rijk scala aan behandelvormen waarvan de belangrijkste zijn: massagetherapie, bewegingstherapie en fysische therapie in engere zin. Daarnaast is er nog de minder frequent voorkomende behandelvorm de tractietherapie en zijn er enkele die (nog) geen officiële status hebben. Manuele therapie bijvoorbeeld is een behandelvorm die wel regelmatig wordt toegepast maar wegens het gemis aan officiële status in de praktijk door de ziekenfondsen als een vorm van bewegingstherapie wordt beschouwd. Genoemde behandelvormen worden afzonderlijk of in combinatie toegepast. Uit ons materiaal blijkt dat massagetherapie in 69% van de

behandelingen is toegepast en bewegingstherapie in 62%. Fysische therapie in engere zin, is in 60% van alle behandelingen toegepast. Tractietherapie komt relatief weinig voor: in 7% van de behandelingen is deze therapie toegepast. Fysische therapie in engere zin is een verzameling van therapievormen. In tabel 5.11 zijn deze vormen uitgesplitst.

Tabel 5.14.: vormen van fysische therapie in engere zin

	aantal	%
laagfrequente electrotherapie	986	24.7
hoogfrequente electrotherapie	1049	26.2
ultrageluidstherapie	1151	28.8
thermotherapie	791	19.8
lichttherapie	21	.5
hydrotherapie	2	.1
	4000	100

Uit de tabel komt naar voren dat fysische therapie in engere zin voornamelijk bestaat uit electrotherapie, ultrageluid en in mindere mate uit thermotherapie. Lichttherapie komt heel weinig voor en hydrotherapie nauwelijks, althans in de eerstelijns-fysiotherapie. Hydrotherapie kan alleen gegeven worden met apparatuur die een grote investering vereist. Dit blijkt slechts voor weinig praktijken haalbaar. Bovendien wordt hydrotherapie, toegepast in de eerste lijn, zelden door het ziekenfonds vergoed. Alleen praktijken die vóór 1975 hydrotherapie toepasten, kunnen aanspraak maken op vergoeding.

Manuele therapie en bandageren (2%) zijn twee behandelvormen waar specifiek naar is gevraagd. Het antwoord op een open vraag naar andere behandelvormen, toegepast in 9% van de behandelingen, leverde een grote diversiteit op van allerlei behandelvormen waarvan we enkele noemen: humane bewegingsfunctionaliteit (1.4%), haptotherapie (1.5%) en tapotage (1.6%).

Naast een curatieve taak heeft de fysiotherapeut ook een preventieve taak (zie bijvoorbeeld beroepsomschrijving, 1986). We zagen dit ten aanzien van de behandeldoelen (inzicht geven in de klachtenproblematiek). De wijze waarop de fysiotherapeut gestalte geeft aan deze

preventieve taak is onder andere in het geven van adviezen aan de patiënt in samenhang met instructies waardoor het optreden van nieuwe klachten zou kunnen worden voorkomen. Het geven van advies speelt in 34% van alle behandelingen een rol. Daarnaast wordt in 4% van alle behandelingen aandacht geschonken aan het leren accepteren van de klacht.

Wanneer de percentages van alle behandelvormen afzonderlijk worden opgeteld, komen we ruim boven de 250%. Het moge duidelijk zijn dat de behandelvormen vaak in combinatie met elkaar worden toegepast. Tabel 5.15 (zie volgedede pagina) geeft een overzicht van de 30 meest toegepaste combinaties van behandelvormen.

De meest toegepaste combinatie van behandelvormen bestaat uit massagetherapie, bewegingstherapie en een vorm van fysieke therapie in engere zin (14.4% van alle behandelingen). Massage als enige vorm van therapie komt in 4.4% , bewegingstherapie in 4%, van alle behandelingen voor.

In de terminologie van de ziekenfondsen zijn gecombineerde behandelingen behandelingen waarbij massage- en/of bewegingstherapie worden gecombineerd met fysieke therapie in engere zin. Gecombineerde behandelingen vormen ruim 50% van alle behandelingen. Massage- en/of bewegingstherapie maakt deel uit van 88% van alle behandelingen. Fysieke therapie in engere zin komt in 60% van alle behandelingen voor. Zeer opvallend is dat er in 7% van alle behandelingen behandelvormen worden gekozen die geen deel uitmaken van het verstrekkingenpakket van het ziekenfonds. Voor de helft zijn dit behandelingen die betrekking hebben op particulier verzekerde patiënten. Dit betekent dat ook bij ziekenfondspatiënten dergelijke behandelvormen gekozen zijn.

Relatie behandeldoel en behandelvorm

Het onderzoek van de relatie tussen behandeldoel en behandelvorm wordt gecompliceerd door het gegeven dat zowel behandeldoelen als behandelvormen vaak in combinatie met elkaar worden gekozen. Uit tabel 5.12 blijkt bijvoorbeeld dat een combinatie van meerdere behandeldoelen eerder regel dan uitzondering is en hetzelfde, ten aanzien van de behandelvormen, blijkt uit tabel 5.15.

Tabel 5.15.: combinaties van behandelvormen

	mass	bew	fys	adv	man	and	trac	acc	band	N	%
1.	X	X	X							984	14.4
2.	X		X							757	11.1
3.	X	X	X	X						513	7.5
4.	X	X								387	5.6
5.	X									299	4.4
6.	X		X	X						289	4.2
7.		X								276	4.0
8.		X	X							266	3.9
9.		X		X						248	3.6
10.						X				178	2.6
11.	X		X	X						166	2.4
12.			X							160	2.3
13.		X	X	X						147	2.1
14.					X					12	1.8
15.	X		X	X	X					108	1.6
16.	X		X		X					106	1.5
17.	X	X	X	X	X					88	1.3
18.	X			X						79	1.2
19.		X		X		X				77	1.1
20.	X				X					55	.8
21.	X	X			X					55	.8
22.	X	X	X				X			53	.8
23.	X	X	X	X				X		51	.7
24.	X	X	X	X			X			48	.7
25.	X		X				X			45	.7
26.				X		X				43	.6
27.		X				X				41	.6
28.	X	X		X	X					40	.6
29.		X			X					36	.5
30.	X									36	.5
	4716	4213	4076	2331	931	629	482	276	111	1094	16
kolom	68.9	61.5	59.5	34.0	13.6	9.2	7.0	4.0	1.6		

: legenda: mass= massagetherapie
bew =bewegingstherapie
fys =fysische therapie
in engere zin
adv =advies
and =anders
trac=tractie
acc =accepteren van de klacht
band=bandageren

Om de relatie tussen behandeldoel en -vorm te onderzoeken beperken we ons in eerste instantie tot behandelingen waarin slechts één behandeldoel gekozen is. Alhoewel dit een simplificatie van het fysiotherapeutisch proces is, komen behandelingen waarin alleen pijnvermindering of alleen het verbeteren van vitale functies (in dit geval ademhaling) gekozen is, vaak genoeg voor om zinvolle uitspraken over behandelvormen te doen. Ook ten aanzien van behandelvormen is enige reductie toegepast, al heeft dit minder grote gevolgen. Van de behandelvormen zijn alleen de combinaties van massagetherapie, bewegingstherapie en fysische therapie in engere zin geselecteerd, waarbij onder 'combinatie' ook dient te worden vertaan 'alleen massagetherapie' etc. Deze procedure wordt in tabel 5.16 duidelijk.

Tabel 5.16.: combinaties van behandelvormen per behandeldoel

behandeldoel	combinaties van behandelvormen							
	mas	bew	mas+ bew	fysth iez	mas+ fysth iez	bew+ fysth iez	mass+ bew+ fysth iez	an- ders
pijnvermin- dering (638)	12.1%	1.7%	4.2%	16.9%	44.5%	3.6%	14.1%	2.8%
verbetering vitale functies (adem- haling)(177)	45.8%	5.1%	4.5%	-	-	-	-	44.0%

Zeven van de negen behandeldoelen ontbreken in tabel 5.15 omdat zij te weinig als doel op zich zijn nagestreefd (frequentie minder dan 15). Inzicht geven in de klachtenproblematiek bijvoorbeeld, het behandeldoel dat in eenderde deel van de behandelingen gekozen wordt, blijkt bijna altijd in combinatie met andere behandeldoelen te worden nagestreefd. Slechts in 11 van de 6850 behandelingen wordt het inzicht geven in de klachtenproblematiek als enig behandeldoel nagestreefd.

Als pijnvermindering als enige behandeldoel wordt nagestreefd, gebeurt dit veelal door een combinatie van massagetherapie en fysische therapie in engere zin. Alleen massagetherapie wordt in 12% van de behandelingen, alleen fysische therapie in engere zin in 17% van de behandelingen toegepast en de combinatie van beide wordt in 45% toe-

gepast. Bewegingstherapie, als enige behandelvorm, wordt ter vermindering van pijn slechts weinig toegepast.

Met betrekking tot het verbeteren van vitale functies (voornamelijk ademhaling) komen bijna uitsluitend massagetherapie (waarschijnlijk vaak tapotage) en tapotage (uit de categorie anders) voor.

Bij de bovengenoemde behandeldoelen worden dus duidelijk verschillende behandelvormen gekozen. Met de hierboven gevolgde aanpak, waarbij behandeldoelen in zuivere vorm zijn gekozen, zijn we echter niet in staat meer dan twee behandeldoelen te beschouwen. Nu we inzicht hebben op welke wijze pijnvermindering wordt nagestreefd beschouwen we behandelingen waarin pijnvermindering gecombineerd met een van de zes behandeldoelen zijn gekozen en vergelijken deze behandelingen met die waarin pijnvermindering als enig behandeldoel is gekozen.

Uit deze vergelijking blijkt dat bewegingstherapie samen gaat met de behandeldoelen mobiliteitstoename, spierkrachttoename, houdingscoördinatie en bewegingscoördinatie. Bij deze behandeldoelen is er een goter aantal gecombineerde behandelingen. Bij spierkrachttoename wordt tevens, meer dan bij behandelingen waarin alleen pijnvermindering wordt nagestreefd, alleen bewegingstherapie gekozen. Bij houdingscoördinatie speelt massage- gecombineerd met bewegingstherapie een grotere rol.

Het reguleren van de spiertonus en het geven van ontspanning vindt plaats door middel van massagetherapie. De relatieve frequentie van massagetherapie neemt toe, terwijl die van massagetherapie gecombineerd met fysieke therapie in engere zin afneemt. Dit geldt voor ontspanning iets sterker dan voor spiertonusregulatie.

Bij het doen toenemen van inzicht in de klachtenproblematiek worden de behandelvormen toegepast zoals in behandelingen waarin pijnvermindering (als enig doel) wordt nagestreefd. Hieruit blijkt dat inzicht in de klachtenproblematiek betrekkelijk los staat van de aard van de therapie. Dit is ook wel begrijpelijk omdat, om het even welke therapie gegeven wordt, er tijdens de behandeling voldoende ruimte gecreëerd moet worden om in te gaan op de achtergronden van de klacht.

5.5. Variatie tussen fysiotherapeuten met betrekking tot doel en vorm van de behandeling

In de beschrijving van de gegevens over de fysiotherapeutische behandeling staat de patiënt centraal. In deze paragraaf staat de fysiotherapeut centraal en wordt onderzocht in hoeverre fysiotherapeuten variëren in de behandeling die zij de patiënten geven. De fysiotherapeut heeft formeel geen invloed op de aard van de patiënten die in zijn behandelkamer komen; hij bepaalt wel de therapie die deze patiënten krijgen. Daarom beschouwen we de variatie tussen fysiotherapeuten met betrekking tot het doel en de vorm van de behandeling.

Om deze variatie in kaart te brengen is de volgende procedure gekozen. Voor de onderscheiden behandeldoelen en -vormen is per fysiotherapeut het percentage bepaald van de behandelingen waarin het onderscheiden behandeldoel en -vorm gekozen is. Daarbij zijn alleen fysiotherapeuten geselecteerd die 40 of meer patiënten hebben geregistreerd. Tachtig procent van alle geregistreerde behandelingen zijn door deze 68 fysiotherapeuten uitgevoerd. Variatie in de gevonden percentages wordt beschreven door middel van de standaard-deviatie, het minimum en maximum percentage, alsmede door middel van de variatie-coëfficiënt. Om gebruik te maken van alle in de steekproef aanwezige informatie is het gemiddelde percentage en de standaard-deviatie gewogen met het aantal, per fysiotherapeut geregistreerde, behandelingen. De gegevens staan vermeld in tabel 5.16 (volgende pagina).

Met betrekking tot de keuze van de behandeldoelen kunnen de bevindingen als volgt omschreven worden.

Pijnvermindering, in 86% van alle behandelingen gekozen, heeft een standaard-deviatie van 8%. Dit impliceert dat bij ruim tweederde van de fysiotherapeuten het percentage tussen 78% en 94% ligt. Bij een klein aantal ligt het percentage lager - het minimum is 67% - of hoger - het maximum bedraagt 100%. Van alle behandeldoelen wordt bij pijnvermindering de kleinste variatiecoëfficiënt gevonden.

Mobiliteitstoename is een behandeldoel dat aanmerkelijk meer varieert, de standaard-deviatie bedraagt 19%. Bij tweederde van de fysiotherapeuten ligt het percentage waarin mobiliteitstoename is gekozen tussen 38% en 76%.

De meeste variatie vertoont het behandeldoel inzicht geven in de klachtenproblematiek, een enkeling kiest het (bijna) nooit - het

Tabel 5.17.: Gegevens met betrekking tot de variatie tussen fysiotherapeuten voor een aantal behandelingsaspecten

	%	st. dev.	min	max	var. coef.
pijnvermindering	86	8	67	100	.09
mobiliteitstoename	57	19	13	95	.33
inzicht geven	33	25	1	100	.75
verbeteren houdingscoördinatie	27	18	2	73	.66
spierkrachttoename	72	13	3	57	.59
spiertonus regulatie	23	21	0	78	.91
verbeteren bewegingscoördinatie	23	19	1	87	.82
ontspanning	15	13	0	72	.72
verbeteren vitale functies	7	8	0	52	1.14
massagetherapie	69	17	10	95	.25
bewegingstherapie	63	22	9	98	.35
fysische therapie	59	21	4	93	.36
advies	35	28	3	100	.80

minimum is 1% - een enkeling kiest het altijd - het maximum is 100%. De standaard-deviatie is met 25% de grootste uit tabel 5.16. Het verbeteren van de bewegings- en houdingscoördinatie alsmede het reguleren van de spiertonus zijn drie behandeldoelen waarvan de spreidingskenmerken overeenkomen. De standaard-deviatie bedraagt ongeveer 20%, het minimum ligt op of iets boven nul procent en het maximum in de buurt van de 80%. De variatie-coëfficiënten vertonen meer verschillen, dit komt omdat het verbeteren van de houdingscoördinatie iets vaker wordt gekozen dan de twee andere behandeldoelen, dit heeft dus meer te maken met het gemiddelde dan met de spreiding. Spierkrachttoename, ongeveer even vaak gekozen als spiertonus-regulatie heeft een kleinere standaard-deviatie (13%) en ook een duidelijk kleinere maximale waarde (58%). Toch is ook de spreiding met betrekking tot spierkrachttoename aanzienlijk. Ontspanning heeft ongeveer dezelfde spreidingskenmerken als spierkrachttoename, terwijl het verbeteren van vitale functies een relatief kleine standaard-deviatie heeft. Omdat dat behandeldoel weinig gekozen wordt, is de variatiecoëfficiënt wel weer heel groot.

Ten aanzien van de keuze van behandeldoelen kan gesteld worden dat de variatie tussen fysiotherapeuten zeer groot is. Alleen het behan-

deldoel pijnvermindering vormt hierop een uitzondering.

Met betrekking tot het toepassen van behandelvormen, waarbij we ons beperkt hebben tot massage-therapie, bewegingstherapie en fysieke therapie in engere zin en het geven van advies, zijn de resultaten navenant. De standaard-deviaties van het percentage behandelingen waarin massage-, bewegingstherapie en fysieke therapie wordt toegepast ligt rond de 20%. Bij het geven van advies is de standaard-deviatie nog iets hoger. De spreidingskenmerken van het geven van advies zijn hetzelfde als bij de keuze van het behandeldoel en inzicht in de klachtenproblematiek, en dit wijst er nogmaals op dat dit twee kanten van een medaille zijn.

5.6. Samenvatting

Het gebruik van fysiotherapeutische zorg neemt met de leeftijd toe tot ongeveer veertig jaar en daalt daarna weer iets. In onze registratie zijn gebruikers van zorg opgenomen bij de aanvraag van een eerste machtiging na een klachtenvrije periode. Vrouwen (53%) maken iets meer gebruik van zorg dan mannen (47%). Ziekenfondsverzekerden maken meer gebruik dan particulierverzekerden, uit ons materiaal spreekt dit sterker dan uit de CBS-gezondheidsenquête. De belangrijkste verwijzer is de huisarts, 80% van de patiënten is van hem afkomstig. De overige 20% is verwezen door de medisch-specialist en deze patiënten zijn gemiddeld iets ouder dan die van de huisarts. Klachten waarvoor de patiënten hulp vragen, hebben voor het grootste gedeelte betrekking op het bewegingsapparaat - rug 40% - armen 10% - schouders 10% - benen 20% en zijn overwegend, naar het oordeel van de fysiotherapeut, van een somatisch karakter. Toch speelt bij 20% ook psycho-sociale problematiek een rol. De huisarts verwijst relatief meer patiënten met rugklachten terwijl de specialist meer patiënten met klachten aan armen en benen verwijst (vooral de knie). Meer specifiek blijkt dit uit de indicatiestelling voor de behandeling fysiotherapie, de medische diagnoses die door huisarts of medisch-specialist worden gesteld. De drie meest voorkomende diagnoses uit de huisartspraktijk zijn: lumbago (15%), gewrichtspijnen in de rug (10%) en aandoeningen schoudergewricht (8%). Bij de medisch-specialist zijn de drie meest genoemde diagnoses: fracturen bovenste extremiteiten (7%), post-operatieve status met betrekking tot de knie (7%) en hernia nucleï pulposi (5%).

Patiënten die gebruik maken van fysiotherapeutische zorg hebben over het algemeen al wat langer last van hun klachten. Ongeveer 30% al

langer dan een jaar, 15% tussen drie maanden en een half jaar en 23% tussen drie weken en drie maanden. De meeste aandoeningen hebben tot gevolg dat de patiënten niet in staat zijn normale dagelijkse activiteiten te ontplooiën. Beperkingen in betaalde arbeid (16%) en onbetaalde arbeid (5%) komen regelmatig voor net als beperkingen in het lopen (13%), zitten of staan (7%), persoonlijke verzorging en activiteiten in het dagelijkse leven (9%) en beperkingen in het uitoefenen van sport (4%). Meer dan de helft van alle patiënten heeft beperkingen die hierop betrekking hebben, bij iets minder dan een vijfde zijn geen beperkingen geregistreerd. Bij een vergelijking van de localisatie van de aandoening en het gevolg ervan, blijkt dat beperkingen in de arbeidssfeer en beperkingen in het kunnen zitten samengaan met lage rugklachten. Beperkingen in het uitvoeren van de huishouding gaan samen met aandoeningen van nek en schouders. Beperkingen in het kunnen lopen, staan of sporten hangen samen met aandoeningen van de knie.

Uit het materiaal dat verzameld is over het doel en vorm - de therapeutische middelen waarmee het doel wordt nagestreefd - van de behandeling blijkt dat pijnvermindering in de meeste behandelingen (86%) wordt nagestreefd. Indien pijnvermindering het enige behandel-doel is wordt getracht dit doel te verwezenlijken door middel van fysische therapie in engere zin en massage of een combinatie van deze twee therapeutische vormen. Het bestrijden van pijnklachten vormt de belangrijkste reden waarom gecombineerde behandelingen (massage- en/of bewegingstherapie gecombineerd met fysische therapie in engere zin) veel - 51% - voorkomen. Mobiliteitstoename, een behandel-doel dat in iets meer dan de helft van het aantal behandelingen wordt toegepast, wordt nagestreefd door middel van bewegingstherapie en hetzelfde geldt voor het verbeteren van de bewegings- en houdingscoördinatie en het doen toenemen van de spierkracht. Het is niet zo dat alleen bewegingstherapie wordt toegepast, wel neemt het aandeel van deze therapievorm duidelijk toe.

Het reguleren van de spiertonus en het verbeteren van de ademhalingsfunctie zijn twee behandel-doelen die worden nagestreefd door massagetherapie (inclusief tapotage).

Fysiotherapeuten blijken meestal combinaties van behandel-doelen te kiezen - in de meeste gevallen 2 of 3 waarbij het verminderen van pijn veelal deel van de combinatie uitmaakt. Dit houdt ook in dat veelal meerdere therapeutische vormen worden gekozen. Massage- en/of bewegingstherapie maken bijna altijd deel uit van de gekozen behandelvormen.

Tenslotte is vermeldenswaard dat in ruim eenderde deel van de behandelingen fysiotherapeuten ingaan op de achtergronden van de klachtenproblematiek om het inzicht van de patiënt daarin te vergroten. Het geven van advies en instructie om hernieuwd optreden van de klacht te voorkomen blijkt bij dit behandeldoel de meest geëigende behandelvorm.

6. HET RESULTAAT VAN DE FYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING NAAR HET OORDEEL VAN DE FYSIOTHERAPEUT

De fysiotherapeut vaart bij het beoordelen van het resultaat van de behandeling grotendeels op het kompas van zijn eigen klinische ervaring. Daarin staat de fysiotherapeut overigens niet alleen, dit geldt voor de meeste (para)medische beroepen. Binnen en soms buiten (cursussen etc.) een praktijk wisselen fysiotherapeuten ervaringen uit zodat de eigen ervaring wat meer wordt ingekaderd in de ervaringen van collega's. In het onderhavige deel van het onderzoek trachten wij de beoordeling van het resultaat van de behandeling van de individuele therapeuten te bundelen. De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: In paragraaf 6.1 wordt ingegaan op de procedure door middel waarvan een beoordeling over het resultaat van de behandeling is verkregen. Paragraaf 6.2 betreft de beoordeling op de duur van de aandoening en paragraaf 6.3 betreft de beoordeling op de gevolgen van de aandoening. Paragraaf 6.4 gaat in op de reden waarom de behandeling stopte. In paragraaf 6.5 tenslotte wordt de samenvatting van dit hoofdstuk gegeven.

6.1. Beoordeling naar het bereiken van behandeldoelen

Op het moment dat de fysiotherapeut behandeldoelen heeft geformuleerd is hem gevraagd in hoeverre het behandeldoel bereikt zou kunnen worden. Aan het eind van de behandeling is, per behandeldoel, gevraagd in hoeverre het doel daadwerkelijk is bereikt. Beide beoordelingen vonden plaats op een vijfpuntsschaal. De eerste categorie is benoemd als: behandeldoel wordt respectievelijk is geheel bereikt, de laatste als: behandeldoel wordt respectievelijk is in het geheel niet bereikt. De tussenliggende (drie) categorieën zijn onbenoemd gelaten.

De verwachting over het bereiken van het behandeldoel is uitgesproken om een genuanceerd beeld te krijgen van de mogelijkheden van de behandeling in relatie tot de (ernst van de) klacht van de patiënt. De fysiotherapeut heeft inzicht in de ernst van de klacht en kan aan de hand daarvan beoordelen in hoeverre het behandeldoel haalbaar is. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat pijnvermindering bij patiënten met ernstige klachten niet helemaal, maar wel grotendeels of enigszins bereikt zou kunnen worden. Als aan het eind van de behandeling

blijkt dat het behandeldoel enigszins bereikt is zegt dit op zichzelf nog niet zo veel, belangrijk is dat het bereikte resultaat, naar het oordeel van de fysiotherapeut gerelateerd wordt aan een realistisch beeld over de mogelijkheden van de behandeling.

Laten wij eerst eens gedetailleerd kijken welke informatie het invullen van het verwachte en gerealiseerde bereik van de behandeldoelen oplevert. Wij beperken ons tot het meest frequent genoemde behandeldoel: pijnvermindering. In tabel 6.1 staat de uitsplitsing van

Tabel 6.1.: uitsplitsing van het verwachte en gerealiseerde bereik van het behandeldoel pijnvermindering

pijnvermindering	In hoeverre heeft U pijnvermindering bereikt						totaal verwacht begin behandeling
	geheel			geheel niet			
	1	2	3	4	5		
	geheel 1	1940	603	140	57	52	2792 49.4%
In hoeverre verwacht U pijnvermindering te kunnen bereiken?	2	706	977	276	106	73	2138 37.8%
	3	85	254	151	71	64	625 11.1%
	4	5	21	23	14	23	86 1.5%
	geheel niet 5	2	2	1	1	6	12 .2%
totaal bereikt eind behandeling		2738 48.4%	1857 32.8%	591 10.5%	249 4.4%	218 3.9%	5653 100%

het verwachte en gerealiseerde bereik van het behandeldoel pijnvermindering.

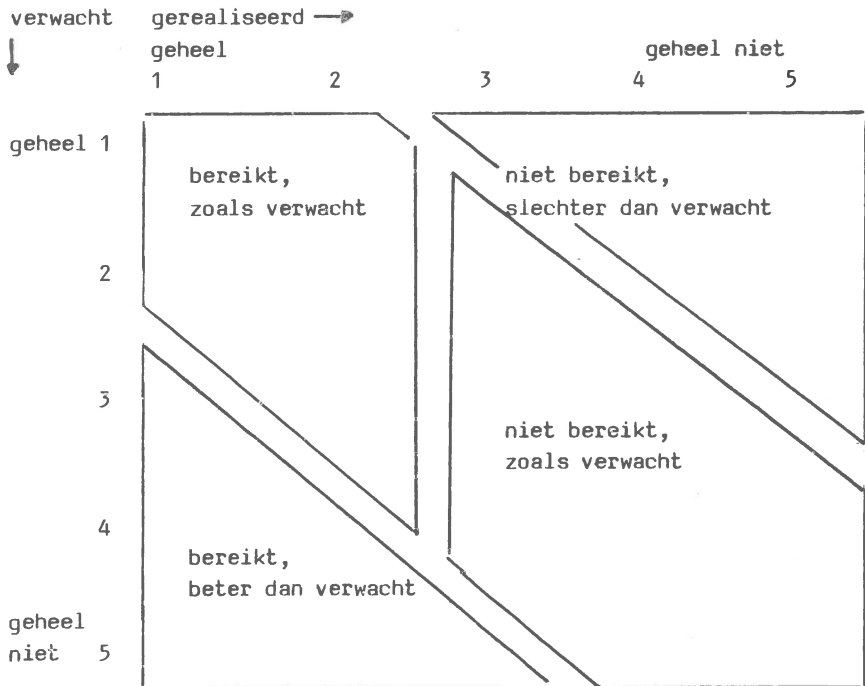
Bij het begin van de behandeling, zo blijkt uit de rijtotalen, wordt in 87.2% (49.2 + 37.8) van de behandelingen, waarin pijnvermindering als behandeldoel wordt gekozen, de beoordeling uitgesproken dat het doel geheel of bijna geheel bereikt zou kunnen worden.

Aan het eind van de behandeling blijkt dat pijnvermindering daadwerkelijk in 81% (48.4+32.8) is bereikt. In iets minder dan de helft

van de gevallen is het geheel bereikt, in iets minder dan eenderde is pijnvermindering bijna geheel bereikt. Pijnvermindering blijkt (iets) minder vaak bereikt te worden dan de fysiotherapeut dacht te kunnen bereiken. Toch bevinden in tabel 6.1 de meeste beoordelingen zich op of rond de diagonaal (linksboven, rechtsonder). Dit wil zeggen dat de beoordeling in hoeverre het behandeldoel bereikt zou kunnen worden aan het begin van de behandeling, overeenstemt met de beoordeling in hoeverre pijnvermindering daadwerkelijk bereikt is aan het eind van de behandeling.

Interessante probleemgevallen zijn die waarin beide beoordelingen enige discrepantie vertonen (2 of meer schaaleenheden verschil). In de rechter bovenhoek van figuur 6.1 zijn de verwachtingen in hoeverre pijnvermindering bereikt zou kunnen worden niet in overeenstem-

Figuur 6.1.: vierdeling van de (25) combinaties van beoordelingen omtrent het verwachte bereik en het gerealiseerde bereik van behandeldoelen



ming met de daadwerkelijk gerealiseerde pijnvermindering. De verwachtingen zijn aan het begin van de behandeling te hoog gespannen. De resultaten van de therapie, in termen van de beoordeling van de therapeut, zijn niet geheel volgens verwachting. Dit blijkt in 9% van de behandelingen, waarin pijnvermindering als behandeldoel gekozen is, zo te zijn. Meevallende resultaten vinden we in de linker onderhoek van figuur 6.1: de verwachtingen omtrent het bereiken van het behandeldoel zijn aan het begin van de behandeling laag gespannen, terwijl aan het eind van de behandeling het behandeldoel geheel of bijna geheel is bereikt. Dit blijkt in 2% van de behandelingen zo te zijn.

Samenvattend stellen we: het behandeldoel pijnvermindering wordt vaak bereikt en aan het begin van de behandeling heeft de fysiotherapeut een realistisch en iets optimistisch beeld van de mogelijkheden het behandeldoel te kunnen bereiken.

Om enige ordening te brengen in de veelheid van informatie die in figuur 6.1 ligt besloten, zijn verschillende combinaties van beoordelingen van het begin en het eind van de behandeling onder één

Tabel 6.2.: resultaat van de fysiotherapeutische behandelingen, in termen van het oordeel van de fysiotherapeut over het bereiken van behandeldoelen

behandeldoel	bereikt, zoals verwacht	bereikt, beter dan verwacht	niet bereikt, slechter dan verwacht	niet bereikt, zoals verwacht	N
pijnvermindering	79.2%	2.1%	8.7%	10.0%	5653
mobilisatietoename	80.6%	2.1%	5.2%	12.1%	3710
spierkrachttoename	74.1%	1.3%	6.3%	18.3%	1446
spiertonusregulatie	77.6%	1.5%	6.1%	14.6%	1466
houdingscoördinatie	67.1%	1.8%	5.3%	25.8%	1679
bewegingscoördinatie	73.3%	2.1%	3.1%	21.5%	1397
verbetering vitale functies (voornamelijk ademhaling)	77.4%	2.9%	8.1%	11.5%	443
ontspanning	62.1%	2.7%	9.7%	27.3%	970
inzicht geven	82.9%	2.3%	4.1%	10.7%	2043

noemer gebracht. Figuur 6.1 (zie twee pagina's terug) geeft weer welke combinaties bij elkaar zijn gevoegd.

Deze indeling verloopt volgens twee principes. Het eerste indelingsprincipe is de mate waarin het behandeldoel is bereikt. Wordt het behandeldoel geheel of bijna geheel bereikt aan het eind van de behandeling dan brengen we dit onder de noemer 'bereikt'. Is dit niet het geval dan wordt het behandeldoel 'niet bereikt'. De indeling van de score 3 is enigszins arbitrair. Het tweede indelingsprincipe is de mate van discrepantie welke bestaat tussen de verwachting het behandeldoel te bereiken en het daadwerkelijk bereiken ervan. Wanneer de discrepantie tussen verwachting en realisatie slechts één schaaleenheid verschilt of wanneer verwachting en realisatie samenvallen, brengen we dit onder de noemer 'zoals verwacht'.

Wanneer het behandeldoel niet wordt bereikt, terwijl de verwachting was dat dit wel zou kunnen, spreken we van 'slechter dan verwacht'. Andersom, het behandeldoel wordt wel bereikt terwijl aan het begin van de behandeling gedacht werd dat dit niet zou kunnen, heet het 'beter dan verwacht'. Dit alles volgens het oordeel van de fysiotherapeut.

De indeling levert ten aanzien van alle behandeldoelen de in tabel 6.2 (zie vorige pagina) vermelde resultaten.

Allereerst kan gesteld worden dat de fysiotherapeut het gestelde behandeldoel, om het even welk, vaker wel dan niet bereikt. Relatief gezien is het ontspannen van de patiënt een doel dat het minste keren wordt bereikt. Toch ligt het percentage waarbij het wel lukt nog iets boven de 60%. Voor de overige behandeldoelen geldt dat in tweederde (houdingscoördinatie) tot boven de 80% (inzicht geven in de klachtenproblematiek) van de behandelingen het gestelde doel wordt bereikt.

We stelden dat ten aanzien van pijnvermindering de fysiotherapeuten aan het begin van de behandeling een realistische en optimistische kijk hebben op het bereiken van dit doel. Uit tabel 7.2 blijkt dat zulks voor elk behandeldoel geldig is. De keren dat het behandeldoel wordt bereikt, terwijl dat vooraf niet werd verwacht - de meevallers - ontlopen elkaar niet veel. Zonder uitzondering zijn alle percentages zeer laag (2% of minder). Anders is dit in de gevallen dat het behandeldoel niet werd bereikt terwijl dit wel werd verwacht; hier zijn de percentages wat hoger en vinden we grotere schommelingen (3-10%). Ten aanzien van pijnvermindering, verbetering van vitale functies (ademhaling) en ontspanning van de patiënt liggen de percentages rond de 8 à 10%. Bij de overige behandeldoelen is dit duidelijk lager.

Men kan zich afvragen of de overeenkomst tussen verwacht en daadwerkelijk bereik van het behandeldoel afhankelijk is van de ervaring van de fysiotherapeut met de onderscheiden behandeldoelen. In deze gedachtengang zou, naarmate een behandeldoel vaker wordt gekozen, overeenstemming tussen verwacht en gerealiseerd bereik groter moeten zijn. Dit lijkt zeker niet het geval.

Het aantal behandelingen waarin het behandeldoel, zoals verwacht, niet wordt bereikt, ligt tussen de 10% (pijnvermindering) en ruim 25% bij ontspanning en het verbeteren van de houdingscoördinatie. Alhoewel het deel van de behandelingen waarin het behandeldoel niet wordt bereikt veel kleiner is dan het deel waarin het wel wordt bereikt, gaat het absoluut gezien toch om grote aantallen.

Nu hangt het oordeel van het resultaat van de behandeling niet af van het bereiken van één behandeldoel als er meerdere worden nagestreefd. In paragraaf 5.3 zagen we dat fysiotherapeuten bijna altijd meer dan één behandeldoel nastreven, gemiddeld zijn dat er drie. Uit het bereiken van behandeldoelen blijkt dat er gemiddeld twee bereikt worden. Ook blijkt dat er in 991 behandelingen wel één of meer behandeldoelen worden nagestreefd, maar dat geen enkele daarvan wordt bereikt. Bij ruim 14% van de patiënten beantwoordt het resultaat van de behandeling niet aan de verwachtingen naar het oordeel van de fysiotherapeut.

Het bereiken van behandeldoelen vertoont nogal wat variatie tussen fysiotherapeuten. Het oordeel over het bereiken van pijnvermindering en mobiliteitstoename vertoont de minste variatie; de standaarddeviatie van het percentage 'bereikt, zoals verwacht' is zo'n 10%. Bij ongeveer tweederde van de fysiotherapeuten ligt de beoordeling hiervan dus tussen 70% en 90%. Het oordeel over het bereiken van spierkrachttoename, spiertonusregulatie, houdings- en bewegingscoördinatie en inzicht geven varieert duidelijk meer: de standaarddeviatie van het percentage 'bereikt, zoals verwacht' ligt rond de 20%. De meeste variatie vinden we bij het behandeldoel ontspanning en verbeteren van de vitale functies (ademhaling), de standaarddeviaties hiervan bedragen respectievelijk 25 en 32%.

Het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling is gedefinieerd in termen van het bereiken van de nagestreefde behandeldoelen. Hieronder zal nagegaan worden in hoeverre het bereiken van het behandeldoel samenhangt met aspecten van de werkdiagnose van de fysiotherapeut. Van deze aspecten - localisatie van de klachten en/of achterliggende aandoening, beperkingen als gevolg van de aandoening, tijdsduur sinds het optreden van de klachten en oorzakelijkheid -

worden er twee gekozen. De waarschijnlijke oorzaak blijft buiten beschouwing omdat dit aspect geen helder beeld heeft opgeleverd van de oorzaak van de klachten. Ook blijft de localisatie van de aandoening buiten beschouwing omdat het bereiken van behandeldoelen in samenhang met de localisatie een weinig inzichtelijk beeld zal opleveren van de mogelijkheden van de fysiotherapeutische behandeling. Meer mogelijkheden daartoe bieden de beperkingen, omdat het bereiken van een behandeldoel samen zal gaan met de (gedeeltelijke) opheffing van een beperking. Daarom wordt de samenhang onderzocht tussen beperkingen en het bereiken van behandeldoelen die relatief gezien vaak bij de onderscheiden beperking wordt gekozen. Eerst echter wordt de tijdsduur van de klacht gerelateerd aan het bereiken van behandeldoelen omdat de duur een belangrijk aspect is waar het gaat om de mogelijkheden voor de fysiotherapeutische behandeling. In de twee volgende paragrafen worden deze relaties besproken waarbij is afgezien van de indeling naar verwachting het behandeldoel te kunnen bereiken, er is slechts gekeken naar het daadwerkelijk bereiken van het behandeldoel.

6.2. Beoordeling naar behandeldoel en tijdsduur van de klacht

Alle behandeldoelen blijken naarmate de tijdsduur van de klacht toeneemt minder vaak bereikt te worden, het oordeel van de fysiotherapeuten is hierover eensluidend.

Bij 95% van de behandelingen waarin pijnvermindering wordt nagestreefd, wordt dit bereikt bij patiënten die binnen enkele dagen na het optreden van de klacht onder fysiotherapeutische behandeling komen. Daarna loopt het percentage geleidelijk, in stapjes van ongeveer 4% terug tot 74% bij patiënten die al langer dan een jaar klachten hebben. Exact hetzelfde patroon is te zien bij behandelingen waar mobilisatietoename als behandeldoel is aangemerkt. Zie voor details bijlage 13.

Spierkrachttoename kent een ander verloop. Bij 72% van de patiënten die binnen enkele dagen onder behandeling komen wordt het doel bereikt, dan loopt het percentage op tot 83% bij hen die een paar weken na het optreden van de klacht onder behandeling zijn en loopt vervolgens weer af tot 69% van de patiënten die langer dan een jaar klachten hebben. Ditzelfde patroon wordt aangetroffen bij behandelingen waarin het verbeteren van de bewegingscoördinatie als doel is gesteld, al verschillen de percentages iets (respectievelijk 76-87-70%).

Het resultaat van de behandelingen waarbij spiertonusregulatie wordt gekozen, vertoont een scherpe knik bij zes weken. Voor die tijd wordt het behandeldoel bij 87% van de patiënten bereikt naar het oordeel van de fysiotherapeuten, daarna is het ca. 74%. Het verbeteren van de vitale functie (ademhaling) heeft hetzelfde verloop als pijnvermindering en mobilisatietoename. Bij patiënten die meer dan drie maanden maar minder dan een jaar klachten hebben is er een verschil: het behandeldoel wordt bij hen slechts in 60% van de behandelingen bereikt.

Bij drie van de negen behandeldoelen, te weten inzicht geven van de klachtenproblematiek, het verbeteren van de houdingscoördinatie en ontspanning haalt de samenhang het significantie-niveau van 5% (net) niet. Ook bij deze behandeldoelen wordt het doel, naarmate de klacht langduriger is, minder vaak bereikt. Het verloop vertoont hetzelfde patroon als bij pijnvermindering en mobiliteitstoename, zij het dat het minder steil afloopt.

6.3. Beoordeling naar behandeldoel en beperkingen

Uitgangspunt voor het onderzoek naar het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling, in termen van het oordeel van de fysiotherapeut over het bereiken van behandeldoelen, vormen de beperkingen zoals ze omschreven zijn in paragraaf 5.3.2. Drie van de negen behandeldoelen te weten pijnvermindering, mobiliteitstoename en spierkrachttoename vertonen in het al of niet bereiken ervan significante samenhang met de beperkingen. Bijlage 14 geeft een overzicht van alle (negen) behandeldoelen met betrekking tot de beperkingen. Tabel 6.3 (zie volgende pagina) geeft de resultaten in detail weer. De kolommen bestaan uit de percentages van de behandelingen waarbij het behandeldoel aan het eind van de behandeling volgens de fysiotherapeut is bereikt. De χ^2 (chi-kwadraat) is gebaseerd op de drie kruistabellen waarin naast het aantal gevallen waarin het behandeldoel wordt bereikt ook het aantal gevallen waarin het doel niet wordt bereikt, zijn opgenomen. De percentages van deze laatste gevallen vormen het complement van de kolommen uit tabel 6.3 en zijn daarom niet opgenomen.

Pijnvermindering blijkt bij beperkingen op het gebied van sport (91%), van het draaien van het hoofd en van traplopen (beide 86%) erg vaak bereikt te worden. Bij beperkingen ten aanzien van persoonlijke verzorging, het uitvoeren van het huishouden en lopen over wat langere afstanden is dat minder, toch wordt ten aanzien van deze be-

Tabel 6.3.: relatie tussen het bereiken van drie behandeldoelen en beperkingen. Getallen geven percentages weer van het aantal behandelingen waarin het behandeldoel is bereikt

beperking t.a.v.	behandel­doel		
	pijnver­ mindering % bereikt	mobilit­eits- toename % bereikt	spierkracht toename % bereikt
sport	91.3	90.7	90.5
draaien hoofd	85.7	84.0	64.2
traplopen	85.7	82.9	73.3
uith. inspanning	85.5	78.9	80.0
staan	84.9	85.5	77.1
werken (zw)	83.9	85.3	94.7
werken	81.6	85.4	75.8
gewoon lopen	81.6	83.1	74.9
uith. van bepaalde houding	81.3	71.1	69.4
zitten	80.6	81.5	75.0
armgebruik	79.5	83.7	59.8
ADL	79.3	78.9	75.2
persoonlijke verzorging	75.0	67.6	57.1
huishouden	74.1	78.4	64.1
lopen over langere afstand	73.3	77.8	83.8
overige			
χ^2 (df=15)	42.4	30.1	37.5
p kleiner dan	.01	.01	.01

perkingen het behandel­doel in ongeveer driekwart van de behandeling wel bereikt.

Het bereiken van mobiliteitstoename kent het meeste succes wanneer beperkingen betrekking hebben op sport, staan en werken (91-85%), het minst wanneer beperkingen betrekking hebben op het kunnen uithouden van een bepaalde houding (staan/zitten), persoonlijke verzorging en lopen over wat langere afstanden. Hierbij ligt het succes op tweederde tot driekwart van het aantal behandelingen. Spierkrachttoename, tenslotte, wordt naar het oordeel van de fysiotherapeuten het meest bereikt wanneer patiënten beperkingen hebben op het gebied van sport, uithoudingsvermogen bij inspanning en werkuit-

voering. Dit behandeldoel wordt het minst bereikt bij beperkingen bij het gebruiken van de arm, in de persoonlijke verzorging en bij het uitvoeren van het huishouden.

Per behandeldoel is er dus variatie (20 à 30%) in het bereiken ervan gegeven de beperkingen. Over de behandeldoelen heen zijn er ook overeenkomsten in de zin dat bepaalde beperkingen vaker succes toe staan (sporten) dan andere (persoonlijke verzorging en het niet kunnen lopen over wat langere afstanden). Dit wijst erop dat het niet zozeer de combinatie behandeldoel-beperking is die bepaalt of het behandeldoel naar het oordeel van de fysiotherapeut wordt bereikt. Veeleer is het de aard van de beperking die het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling (naar de mening van de fysiotherapeut) beïnvloedt.

6.4. Reden om de behandeling te stoppen

Naast het oordeel van de fysiotherapeut over het bereiken van de onderscheiden behandeldoelen is ook gevraagd naar de reden waarom de behandeling stopte en naar de wenselijkheid van een vervolgbehandeling. Bij 7% van de patiënten blijkt de reden waarom de behandeling gestopt is te liggen in het feit dat de registratie afliep. 2% van de patiënten werd tijdens de behandeling in het ziekenhuis opgenomen.

In ongeveer eenderde deel van de patiënten wordt de behandeling gestopt omdat de fysiotherapeut (17%), de rts (6%), de patiënt zelf (6%) of de verzekering (4%) dat nodig acht. Ligt de reden bij de patiënt of de verzekering dan is de fysiotherapeut van mening dat een vervolgbehandeling wenselijk is (in 60% van deze gevallen). Ligt de reden bij de arts dan bedraagt dit 50%. Ook als de fysiotherapeut zelf de behandeling stopt acht hij het soms (14%) wenselijk de behandeling voort te zetten. Ons materiaal laat geen uitspraken toe over de achtergronden hiervan.

Een belangrijk deel (57%) van de behandeling houdt op omdat de patiënt naar het oordeel van de fysiotherapeut klachtenvrij is. Het spreekt voor zichzelf dat de fysiotherapeut van mening is dat bij deze patiënten geen vervolgbehandelingen wenselijk zijn.

6.5. Samenvatting

Dit hoofdstuk behandelt het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling naar het subjectieve oordeel van de fysiotherapeut. Dit

resultaat is uitgedrukt in termen van het al of niet bereiken van negen onderscheiden behandeldoelen.

Pijnvermindering, mobilisatietoename, spierkrachttoename, spierto-nusregulatie, houdings- en bewegingscoördinatie, verbeteren van vi-tale functies (ademhaling), algemene ontspanning en het doen toene-men van inzicht in de klachtenproblematiek zijn de negen behandel-doelen. Zij worden vaker wel dan niet bereikt al bestaat er enige variatie in de percentages 'behandelgoal bereikt'.

Aan het begin van de behandeling heeft de fysiotherapeut een realis-tische en iets optimistische kijk op het kunnen bereiken van de be-handelgoalen. De fysiotherapeut heeft dus aan het begin van de be-handeling een positieve instelling om iets aan de klachten te gaan doen, wat hem tijdens de behandeling dan ook meestal wel lukt. Er worden meestal meerdere behandelgoalen nagestreefd, gemiddeld drie. In 86% van alle behandelingen werd een of meer van de nagestreefde behandelgoalen bereikt.

Bij een vergelijking van het resultaat van de behandeling met de tijdsduur sinds het optreden van de klachten is gebleken dat naarmate de klachten langer bestaan, de behandelgoalen minder vaak wor-den bereikt. Ook het gevolg van de klachten of aandoening, de beper-king, houdt verband met het bereiken van de behandelgoalen. Beper-kingen met betrekking tot sportactiviteiten bleken minder weerstand te bieden tegen het bereiken van behandelgoalen dan beperkingen met betrekking tot de persoonlijke verzorging. Dit gegeven is ook wel begrijpelijk omdat de beperkingen verband houden met de ernst van de klachten of aandoening. Een patiënt die zichzelf niet kan verzorgen ondervindt ernstiger gevolgen dan een patiënt die zijn sport tijdelijk niet meer kan uitoefenen.

7. VERGELIJKIG VAN DE PERCEPTIE VAN HUISARTS EN FYSIOTHERAPEUT BIJ GEMEENSCHAPPELIJKE PATIËNTEN

Uitgangspunt voor de vergelijking van de perceptie van huisarts en fysiotherapeut vormen 283 patiënten van wie gegevens beschikbaar zijn van zowel verwijzend huisarts als behandelend fysiotherapeut. Dit is, gezien de hoeveelheid patiënten die door de peilstationsartsen zijn verwezen, toch wel een klein aantal. De keuze van de registrerende fysiotherapiepraktijken is afhankelijk gemaakt van de oriëntatie van de verwijzende peilstationsartsen met het doel van zo veel mogelijk patiënten verwijzingsgegevens én gegevens omtrent de behandeling te verkrijgen. Blijkbaar is de oriëntatie van de verwijzende huisartsen op bepaalde fysiotherapiepraktijken minder gericht dan we dachten.

Er zijn echter ook andere redenen waarom de 'opbrengst' van de onderzoeksopzet in de zin van gemeenschappelijke patiënten relatief gering is. In de eerste plaats waren niet alle fysiotherapiepraktijken die door de peilstationsartsen als belangrijkste behandelaars werden aangemerkt, bereid gegevens te registreren. In de tweede plaats, en dit vormt de belangrijkste reden, liep de registratie van nieuwe verwijzingen niet (helemaal) parallel met de registratie van behandelingen. Peilstationsartsen hebben gedurende het jaar 1985 verwijzingen geregistreerd, terwijl de fysiotherapiepraktijken pas gedurende de laatste drie maanden van hetzelfde jaar ingeschakeld konden worden. Indien beide registraties parallel hadden gelopen, zou de opbrengst dus 4 maal zo groot zijn geweest, ongeveer 1100 gemeenschappelijke patiënten, eenzesde deel van het aantal nieuwe verwijzingen dus.

Van de 283 patiënten die zowel in de verwijs- als in de behandelregistratie zijn opgenomen beschikken we over klachten, diagnoses, werkdiagnoses en aard en aantal van de voorgestelde behandeling. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de overeenkomsten en verschillen die er zijn in de perceptie van huisarts en fysiotherapeut van dezelfde patiënten. Ook wordt onderzocht in hoeverre het behandelingsvoorstel van de huisarts in relatie staat met de behandeling zoals die door de fysiotherapeuten is gegeven.

7.1. Klachten en diagnoses

Zowel huisartsen als fysiotherapeuten noteerden de klachten van de patiënt in diens eigen bewoordingen. Deze klachten leverden coderingen op in de ICPC, coderingen die zijn gegroepeerd naar localisatie. Om de werkdiagnose te kunnen vergelijken met de diagnose van de huisarts zijn deze twee begrippen in dezelfde termen uitgedrukt. Vanuit de verschillende aspecten van de werkdiagnose van de fysiotherapeut tezamen met gegevens over de klachten van de patiënt waren we in staat de werkdiagnose uit te drukken in een codering van de ICD-9-CM. Deze procedure leverde de mogelijkheid de diagnose met de werkdiagnose te vergelijken. Coderingen van de ICD-9-CM zijn gegroepeerd naar 'clusters' (zie hoofdstuk 4 en 5) en naar diagnoses die deel uitmaken van de top-25. Op deze wijze zijn klachten en (werk-)diagnoses die aan de ene kant de neerslag vormen van de perceptie van de huisarts van de patiënt, en aan de andere kant van de perceptie van de fysiotherapeut van dezelfde patiënt, met elkaar vergeleken.

De localisatie van de klachten kan in vijf categorieën worden ingedeeld: hoofd, rug, armen, benen en overige. Wanneer de huisarts de klacht van de patiënt op dezelfde plaats (in termen van de categorieën van tabel 5.2) localiseert als de fysiotherapeut, is er sprake van overeenstemming. In de helft van de 283 gemeenschappelijke patiënten is de indeling van de klacht naar localisatie eensluidend, huisarts én fysiotherapeut localiseren de klacht op dezelfde plaats. In 12% zijn de verschillen niet te interpreteren. In deze gevallen heeft één van de hulpverleners de klacht gelocaliseerd terwijl het bij de ander in de categorie overige viel. Bij 10% van de gemeenschappelijke patiënten bestaan er verschillen in de beoordeling van de localisatie van de klacht, maar blijven de verschillen binnen de rug. Men zou verwachten dat de fysiotherapeut door zijn specifieke opleiding rugklachten van patiënten anders waarneemt dan de huisarts. Als dit zo is dan kunnen we dat helaas niet in ons gegevensmateriaal terugvinden, althans niet voorzover de localisatie betrekking heeft op de rug.

Anders is dit bij schouderklachten, een categorie die door de huisarts meer wordt gebruikt dan door de fysiotherapeut. In 7% van de gemeenschappelijke patiënten bestaat er ten aanzien van schouderklachten overeenstemming, in 11% zijn er verschillen. De fysiotherapeut localiseert in deze gevallen de klachten wat meer in de nek (2%) en in de bovenste extremiteiten.

De rest van de verschillen (7%) zijn diffuus verdeeld over de ver-

schillende categorieën. Een echt harde interpretatie kan aan de verschillen in de perceptie van de klacht niet gegeven worden. De patiënt gaat immers achtereenvolgens naar de huisarts en naar de fysiotherapeut. Het is niet altijd gezegd dat hij ten opzichte van beide hulpverleners zijn klacht op dezelfde wijze verwoord.

De (eventueel verstorende) invloed van de patiënt is uitgeschakeld bij een vergelijking van de diagnoses van de verwijzende huisartsen met de werkdiagnoses van de behandelende fysiotherapeuten. Het eerste uitgangspunt voor deze vergelijking is de indeling van de ICD-9-CM codes naar clusters, ongeveer zoals in Bartels e.a. (1983). Tabel 7.1 brengt de verschillen en overeenkomsten gedetailleerd in beeld.

Tabel 7.1.: kruistabel van medische diagnoses van huisartsen en werkdiagnoses van fysiotherapeuten bij 283 gemeenschappelijke patiënten. Getallen geven promillages van het totaal weer

diagnose van huisarts	werkdiagnose van fysiotherapeuten										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	totaal
1. status na operatie							4				4
2. psychische aandoeningen		4		4		7					14
3. zenuwstelsel			4			4	4				11
4. ademhaling				25						18	42
5. artropathieën					53	39	11		4	4	110
6. dorsopathieën	7				7	244	21	21		11	314
7. reuma		7	11		18	106	173	7	18	18	357
8. osteopathieën						21		14			35
9. posttraumata							4		85	4	92
10. overige					4	8	4			4	21
totaal	7	11	14	28	81	431	219	42	110	35	1000

Uit de gepresenteerde tabel blijkt dat de medische diagnoses en werkdiagnoses in 58,2% van de gemeenschappelijke patiënten in overeenstemming met elkaar zijn (58,2 is de som van de getallen op de

diagonaal van linksboven naar rechtsonder). Voorts blijkt dat de diagnose van de huisarts wat vaker onder de noemer 'reuma' valt dan de werkdiagnose van de fysiotherapeut. Werkdiagnoses komen meer voor in de categorie 'dorsopathieën'. In de combinatie van deze twee categorieën is ook het grootste verschil aan te treffen: in bijna 11% van de gemeenschappelijke patiënten beoordeelde de fysiotherapeut de aandoening als dorsopathie en de huisarts als reuma. De overige verschillen zijn beduidend kleiner en in het algemeen is de overeenkomst per categorie groter dan de verschillen. De belangrijkste uitzondering hierop vormen de osteopathieën. Stelt de huisarts de diagnose als osteopathie dan blijkt uit de werkdiagnose van de fysiotherapeut dat het een dorsopathie betreft en vice versa. Verschuivingen binnen de categorieën 5, 6, 7 en 8 komen het meest frequent voor en dit onderstreept nogmaals dat de grenzen tussen deze diagnosecategorieën niet scherp zijn (zie paragraaf 5.1.3).

Als tweede uitgangspunt kozen we de diagnoses uit de top-25. De overeenkomst ten aanzien van deze diagnoses, in 35% van de gemeenschappelijke patiënten, is minder dan ten aanzien van de clusters, terwijl de niet te interpreteren verschillen (dat wil zeggen dat een van de hulpverleners een (werk) diagnose binnen de top-25 stelt, terwijl het bij de andere hulpverlener in de categorie 'overige' valt) ruim 25% van de gemeenschappelijke patiënten betreft. De meeste te interpreteren verschillen doen zich voor bij drie van de 25 diagnoses. Deze diagnoses zijn:

- aandoeningen in de rugspieren (spierkrachtvermindering, verkorte of hypertone spieren, pijn en/of ontstekingen in de spieren);
- lumbago (spierpijnen in de lage rug, spit);
- gewrichtspijnen in de rug.

Als de diagnose van de huisarts aandoeningen van de rugspieren betreft, blijkt uit de werkdiagnose dat de fysiotherapeut bij een kwart van deze patiënten dezelfde mening is toegedaan. Bij het overige deel van deze patiënten luidt de werkdiagnose van de fysiotherapeut: gewrichtspijnen in de rug (14%), hoofdpijnklachten (11%), of een van de andere diagnoses.

Betreft de werkdiagnose van de fysiotherapeut lumbago dan is de huisarts bij ongeveer de helft van deze patiënten dezelfde mening toegedaan. Soms luidt zijn diagnose (pseudo)neuritis en radiculitis (11%) of een van de andere eerstgenoemde tien diagnoses. Stelt de huisarts echter de diagnose lumbago dan is de fysiotherapeut bij een kwart van deze patiënten een andere mening toegedaan: hernia nuclei pulposi (10%) of gewrichtspijnen in de rug (10%).

Ook vinden we relatief veel verschil wanneer de werkdiagnose van de

fysiotherapeut 'gewrichtspijnen in de rug' is (in 10% van de gemeenschappelijke patiënten). Door de huisarts wordt deze diagnose veel minder gesteld (2.5%). Hij luidt dan bij deze patiënten veeleer bewegingsbeperking van de rug (20%), aandoeningen rugmusculatuur (14%) of aandoeningen van het cervicale of hoog-thoracale zenuwstelsel (14%). Bij de rest van de 25 aandoeningen zijn slechts incidenteel verschillen aangetroffen.

Wanneer we zo het materiaal overzien blijkt dat de medische diagnose van de huisarts en de werkdiagnose van de fysiotherapeut soms overeenkomsten en soms verschillen vertonen. Uit de verschillen blijkt echter niet zonder meer dat de huisarts zijn medische diagnoses in meer algemene termen formuleert dan de fysiotherapeut, hetgeen gezien zijn generalistische taak wel enigszins voor de hand lag.

Een laatste opmerking betreft de methode waarmee verschillen en overeenkomsten in kaart zijn gebracht. Wanneer diagnoses vergeleken worden naar aanleiding van meer omvattende categorieën (zoals de clusters) zijn de overeenkomsten sterker dan wanneer diagnoses op basis van meer specifieke categorieën (zoals de top-25) worden vergeleken. Hoe minder specifiek vergeleken wordt, hoe meer de overeenkomsten uiteraard naar voren komen en in zoverre is de mate van overeenkomst een artefact van de methode waarmee de diagnoses vergeleken worden.

7.2. Aard van behandelingsvoorstel en vorm van de behandeling

In de (para)medische regelgeving is de arts verantwoordelijk voor de indicatiestelling van de behandeling fysiotherapie. Desgewenst kan hij ook aanwijzingen geven voor de behandeling. In de praktijk maakt hij van deze gelegenheid weinig gebruik en meestal volstaat de arts met de aanwijzing dat massage- en/of bewegingstherapie gecombineerd kan worden met fysieke therapie in engere zin, of dat alleen massage- en of bewegingstherapie mag worden toegepast. De verwijzend arts geeft ook aan hoe vaak de fysiotherapeut de patiënt kan behandelen. Van de 283 gemeenschappelijke patiënten is door de verwijzende huisarts bij 25% aangegeven welke therapeutische middelen de fysiotherapeut aan kan wenden.

45 maal is alleen massage- en of bewegingstherapie voorgesteld. Bij vergelijking van het behandelvoorstel met de feitelijk toegepaste behandelvormen blijkt dat 21 keer massage- en/of bewegingstherapie is toegepast. In de overige 24 behandelingen is massage en/of bewe-

gingstherapie gecombineerd met een een vorm van fysieke therapie in engere zin. In 22 behandelvoorstellen wordt massage- en/of bewegingstherapie gecombineerd met fysieke therapie in engere zin. Bij deze 22 patiënten is ook daadwerkelijk in 17 gevallen deze vorm van therapie toegepast, bij 5 patiënten is fysieke therapie in engere zin niet toegepast. Bij 4 patiënten luidde het voorstel 'alleen fysieke therapie in engere zin' en dit voorstel is in één geval ook daadwerkelijk op de voorgestelde wijze uitgevoerd.

Al met al blijkt het behandelvoorstel in ongeveer de helft van de gemeenschappelijke patiënten te zijn uitgevoerd, in de andere helft blijkt de fysiotherapeut naar eigen inzichten de behandeling te hebben gegeven. Overigens laat de huisarts in ruim driekwart van de gevallen de fysiotherapeut vrij in de keuze van de therapeutische middelen.

Ook blijkt de huisarts het aantal behandelingen in slechts een kwart van de gevallen te vermelden. Doet de huisarts dit wel dan volgt de fysiotherapeut meestal de huisarts (74%) of geeft meer (19%) of minder behandelingen (7%).

8. DISCUSSIE

Uit de leeftijd/geslachtsverdeling van de gebruikers van fysiotherapeutische zorg blijkt dat met het toenemen van de leeftijd de kans op een verwijzing voor fysiotherapie toeneemt. Naarmate mensen ouder worden maken ze vaker gebruik van fysiotherapeutische zorg (net zoals ze vaker gebruik maken van andere gezondheidszorgvoorzieningen) en de resultaten van het onderhavige onderzoek passen precies in het beeld dat uit eerder onderzoek (Swinkels, 1986) al naar voor is gekomen: tot 15 jaar is het aantal verwijzingen laag, dan stijgt het aantal tot aan de middelbare leeftijd (45-54 jaar) en vervolgens blijft het rond dit niveau schommelen.

Gebruikers van fysiotherapeutische zorg zijn dus voornamelijk van middelbare leeftijd en ouder. Vrouwen worden iets vaker verwezen dan mannen, 53% van de verwezen patiënten behoort tot het vrouwelijke geslacht. Uit de registratie van de duur van de klachten, gemeten vanaf het optreden ervan, blijkt dat bij ruim eenderde deel van de verwezen patiënten de klachten van chronische aard zijn (dat wil zeggen: langer dan een jaar bestaan).

Dit onderzoek bevestigde de opvatting dat artsen voornamelijk patiënten met klachten die betrekking hebben op het bewegingsapparaat verwijzen voor fysiotherapie. Dit bleek zowel uit de verwijsregistratie van de huisartsen als uit de registratie van fysiotherapeutische behandelingen. Daarnaast worden klachten van het zenuwstelsel (4.5%) en de ademhaling (2%) genoemd. Een belangrijke beperking van ons onderzoek is dat de klachten van de verwezen patiënten niet kunnen worden betrokken op de klachten van de patiënten die contact zoeken met de huisarts. Er zijn geen gegevens over de klachten verzameld van patiënten die niet zijn verwezen. Ons materiaal laat dus geen uitspraak toe over de fractie van patiënten die met klachten omtrent het bewegingsapparaat naar de fysiotherapie worden verwezen. Om daar toch iets over te kunnen zeggen, beschouwen we met enige voorzichtigheid gegevens omtrent de morbiditeit van dit type klachten in de huisartspraktijk.

Uit materiaal van Lamberts (1984) blijkt dat de prevalentie van klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat ("musculoskeletal, connective issue") ongeveer 250 per 1000 patiënten bedraagt. Daarmee vormen deze groep klachten de op één na grootste groep in de huisartspraktijk (de grootste groep wordt gevormd door aandoeningen van

de ademhalingswegen met een prevalentie van 280 per 1000 patiënten). Bij een verwijscijfer van 80 patiënten per jaar wordt dus grofweg 1/3 deel van de patiënten die klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat presenteren, voor fysiotherapie verwezen. Uit hetzelfde materiaal (Lamberts, idem) blijkt dat patiënten met klachten aan de wervelkolom (osteo-artrosis) de grootste kans op een verwijzing naar de fysiotherapie maken. Overigens moeten deze cijfers met enige omzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat het systeem waarin door Lamberts de klachten worden geclassificeerd (ICHPPC-2) anders is dan het systeem waarin wij de klachten classificeerden.

In het nu lopende NIVEL-project "Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk" worden de klachten, net als in ons onderzoek, in de ICPC geclassificeerd zodat een betere vergelijking met het onderhavige onderzoek gemaakt kan worden. Dit project, dat nog niet in een fase van afronding is, maakt het ook mogelijk de kans op een verwijzing naar de fysiotherapie vast te stellen omdat niet alleen de klachten van de patiënt maar ook de verrichtingen van de huisarts worden geregistreerd.

Uit het gegevensmateriaal van de peilstationsartsen blijkt dat deze huisartsen meer patiënten met rugklachten voor fysiotherapie verwijzen dan medisch-specialisten. Patiënten die door de specialist verwezen worden hebben vaker klachten van de armen en benen. Wat voor de klachten geldt, geldt in gelijke mate ook voor de diagnoses. Het merendeel van de diagnoses heeft betrekking op het bewegingsapparaat (90%). De diagnoses zijn door ons ingedeeld in een tiental groepen van onderling samenhangende diagnoses. Daarbij is het bewegingsstelsel opgedeeld in vier categorieën. De diagnosecategorie reuma vormt de grootste categorie (37%), daarna volgen de diagnoses met betrekking tot de aandoeningen van de rug (27%) en gewrichtsaandoeningen (13%). Wanneer de leeftijd/geslachtsverdeling van de verwezen patiënten in relatie tot de diagnoses in ogenschouw genomen wordt blijkt dat oudere patiënten vaker worden verwezen dan jongere patiënten behalve bij de posttraumatische aandoeningen. Artropathieën treffen we vaker aan bij oudere patiënten en vooral bij oudere vrouwen. Lage rugklachten daarentegen vindt men relatief veel bij patiënten in de leeftijd tussen 15 en 54 jaar.

Ten aanzien van de relatie tussen kenmerken van de patiënt en de diagnoses of klachten ondervinden we al gauw de beperkingen van ons materiaal. Over de etiologie van de klachten laat het materiaal geen

uitspraak toe. Daarvoor is een nader gespecificeerde vraagstelling en materiaalverzameling nodig.

Door gebruik te maken van de ICD-9-CM zijn we in staat de diagnoses nader te specificeren. Uit de verwijzingen van de peilstationsartsen werd een lijst met de 25 meest voorkomende diagnoses samengesteld. Deze 25 diagnoses vormen tezamen ongeveer 72% van alle door de huisarts bij verwijzing vastgestelde diagnoses. De diagnoses betreffende aandoeningen van de rugmusculatuur en myogene lage-rugklachten (beide ongeveer 11%) komen het meest voor.

Met behulp van de diagnoses uit de top-25 zijn we in staat de maatschappelijke relevantie van effectonderzoek naar fysiotherapeutische behandelingen te evalueren. In een overzichtsartikel van Obbens e.a. (1986) worden 14 artikelen besproken over de effecten van fysiotherapeutisch handelen. We vergeleken de aandoeningen waarvan het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling werd vastgesteld met de diagnoses uit de top-25. Lankhorst (1982a) evalueerde twee verschillende fysiotherapeutische behandelingen bij patiënten met lumbago, de tweede diagnose van de top-25. Van Zwieten (1982) vergeleek de behandeling volgens de methode Cyriax met fysiotherapeutische behandeling van patiënten met periartritis humeroscapularis, de derde diagnose van de top-25. Lankhorst (1982b) beschouwde klinische en röntgenologische kenmerken van gonartrosis, vijftiende van de top-25. Lindeboom e.a. (1980) tenslotte beschouwde het effect van fysiotherapie ten aanzien van patiënten met hyperventilatie, dit is de diagnose die op de drieëntwintigste plaats staat van de top-25. De overige tien onderzoeken gaan over aandoeningen die niet of nauwelijks door huisartsen in ons onderzoek als indicatie voor een fysiotherapeutische behandeling werden aangemerkt.

Uit de registratie van patiënten die door fysiotherapeuten worden behandeld blijkt dat de beperkingen die het gevolg zijn van de klachten waarvoor patiënten hulp vragen niet alleen betrekking hebben op de houding (zitten, staan) en beweging (lopen) van het lichaam. Vaak zijn de patiënten beperkt in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Beperkingen bij de werkuitvoering is een veelvoorkomende categorie (eenzesde deel van de patiënten). Beperkingen met betrekking tot de activiteiten van het dagelijkse leven en persoonlijke verzorging (ongeveer 10%) komen vaak voor. Dit wijst erop dat aandoeningen die tot de klachten en beperkingen aanleiding geven, hoewel ze niet levensbedreigend zijn, de patiënt hinderen in het ontplooiën van normale dagelijkse activiteiten. Niet in de laatste

plaats vanwege het feit dat pijnproblematiek bij verreweg de meeste (86%) patiënten een duidelijke rol speelt.

De relatie tussen de aandoening (medische diagnose) en het doel van de fysiotherapeutische behandeling komt uit het materiaal niet duidelijk naar voren. Dit geldt nog in sterkere mate voor de relatie tussen de beperkingen en het doel van de fysiotherapeutische behandeling.

De regelgeving van de overheid met betrekking tot de relatie tussen (huis)arts en fysiotherapeut plaatst deze hulpverleners in een ideaal typische nevenschikking: De huisarts stelt de diagnose en verwijst de patiënt naar de fysiotherapeut. De fysiotherapeut is verantwoordelijk voor de behandeling en houdt de huisarts op de hoogte van het verloop van de behandeling.

De diagnose is 'het onderkennen van een ziekte' en behoort tot de competentie van de arts. Centraal in de diagnose staat het begrip 'ziekte', waaraan een aantal primaire kenmerken kan worden onderscheiden. Deze primaire kenmerken zijn: etiologie (oorzaak), pathologie (proces) en symptomatologie (klacht/symptoom) die nauw met elkaar samenhangen en die in ieder geval aanwezig moeten zijn wil men kunnen spreken van 'ziekte'. Daarnaast kunnen - secundaire - kenmerken onderscheiden worden die iets zeggen over het functioneren van mensen bij ziekte. Reeds tijdens een ziekte, maar ook erna, kan deze ziekte tot gevolg hebben dat iemands normale somatische en psychische functioneren gestoord is, dat men dit persoonlijk als hinderlijk beperkend ervaart en dat men zich gehandicapt weet in het vervullen van zijn/haar sociale rol. Ter beperking van het ziekte-begrip dienen de functionele gevolgen te worden onderscheiden van het begrip 'ziekte' (Hirs, 1987).

Er is sprake van beëindiging van ziekte wanneer de primaire kenmerken verdwijnen. Als daarmee ook de functionele gevolgen verdwijnen is er sprake van herstel van gezondheid en in het meest tegenovergestelde geval van een dood organisme. De oorzaak, het proces, de klacht en het symptoom kunnen al of niet ogenschijnlijk verdwijnen, terwijl de gevolgen blijven. Wanneer de primaire kenmerken verdwijnen maar de functionele gevolgen blijven, is er sprake van 'blijvend gevolg van ziekte' (Ball op citaat Hirs, 1987).

Wat betekent dit nu voor de relatie tussen (huis)arts en fysiotherapeut?

De diagnose van de arts is dus in termen van 'ziekte'. Terwijl de behandeling van de fysiotherapeut zich meer richt op het '(blijvend) gevolg van ziekte' (De Kleyn-de Vrankrijker, 1985).

Dit zijn twee, duidelijk van elkaar gescheiden, begrippen en dit impliceert dat de fysiotherapeut geen behandeling uit kan voeren op basis van alleen de medische diagnose.

Uit de dagelijkse praktijk van de huisarts blijkt dat de beslissing tot verwijzen niet direct voortvloeit uit het stellen van de diagnose. De ene patiënt wordt wel en de andere patiënt wordt niet verwezen bij een gelijkkluidende medische diagnose, dat blijkt uit het materiaal van Lamberts (1984). De (huis)arts heeft dus een notie van bepaalde randvoorwaarden waaraan voldaan moet zijn alvorens een patiënt verwezen wordt.

Door de fysiotherapeut worden deze randvoorwaarden geëxpliciteerd tijdens het fysiotherapeutisch onderzoek. In ons onderzoek zijn de randvoorwaarden vervolgens benoemd als relatieve doeleinden - de behandeldoelen. Men kan zich ook voorstellen dat de randvoorwaarden benoemd in termen van behandelbare grootheden (pijn, zwelling, verminderde spierkracht), het doet er niet echt veel toe zolang duidelijk is dat de randvoorwaarden worden geëxpliciteerd in termen van 'gevolg van ziekte'. De relatie tussen 'ziekte' en 'gevolg van ziekte' is niet eenduidig. Bij verschillende ziekten kunnen dezelfde gevolgen worden aangetroffen en bij dezelfde ziekte kunnen verschillende gevolgen worden aangetroffen.

Daarom is de relatie tussen de aandoening (ziekte) en het doel van de behandeling (bestrijden van, gevolg van ziekte) ook niet eenduidig.

Huisartsen variëren ten aanzien van de beslissing patiënten met een gelijkkluidende diagnose naar de fysiotherapeut te verwijzen. Dit zou zijn terug te voeren tot verschillen in impliciete randvoorwaarden die zij hanteren in termen van 'gevolgen van ziekte'. In zijn algemeenheid moet de arts duidelijk worden gemaakt welke de randvoorwaarden, met betrekking tot het verwijzingsproces, zijn. In het bijzonder is dit een taak voor de fysiotherapeuten. In andere bewoordingen: de arts dient te worden voorzien van kennis omtrent welke gevolgen van ziekten voor de fysiotherapie behandelbare grootheden zijn. Overigens is uit het gegevens-materiaal van Tap (1987) af te leiden dat aanvraagformulieren voor fysiotherapie ten behoeve van ziekenfondsverzekerden slechts in 11% van alle gevallen gegevens aangaande behandelbare grootheden bevatten.

De relatie tussen het gevolg van ziekte (beperkingen) en het doel van de behandeling is uit het materiaal niet duidelijk naar voren gekomen, terwijl deze twee variabelen toch wel betrekking hebben op

hetzelfde begrip. Waarschijnlijk is de operationalisatie van beperkingen niet helemaal adequaat. In ons onderzoek zijn beperkingen uitgedrukt in de terminologie van de ICIDH. Omdat het volledig invullen van de ICIDH erg arbeidsintensief is, hebben we een tamelijk pragmatische aanpak gekozen. Idaliter worden de beperkingen in de ICIDH via een bepaalde hiërarchie ingevuld, waarbij het aantal beperkingen van de patiënt uitputtend opgesomd wordt. In de klinische praktijk kan dan zo'n opsomming meer dan 20 beperkingen bevatten. Gegeven de opzet van dit onderzoek was een dergelijke aanpak niet te realiseren. Daarom is een open vraag gesteld naar de beperkingen waarbij meestal één of twee beperkingen werden ingevuld. Daarna zijn deze omschrijvingen door ons gecodeerd in de D-code van de ICIDH. Dit classificatiesysteem is door ons slechts opgevat als een openbare en toegankelijke lijst van beperkingen en doet niet voldoende recht aan de complexiteit van de ICIDH.

De relatie tussen behandeldoel en aard van de behandeling is wel duidelijk naar voren gekomen. Indien pijnvermindering als enig behandeldoel is gekozen wordt dit doel in het algemeen nagestreefd met behulp van massagetherapie in combinatie met fysische therapie in engere zin. In 1986 is er door een commissie van de Gezondheidsraad een advies inzake pijnbehandeling uitgebracht. Daarin wordt ook de rol van de fysiotherapeut belicht. De commissie stelt dat bij pijnklachten met een duidelijk aanwijsbare lichamelijke oorzaak, bewegingstherapie, binnen het fysiotherapeutisch arsenaal, als het geëigende therapeutisch middel moet worden gezien. Fysische therapie in engere zin en massagetherapie worden door de commissie alleen in voorwaarde-scheppende zin belangrijk geacht. Deze twee therapievormen moeten de voorwaarde scheppen waarbinnen de bewegingstherapie moet worden aangewend om pijnklachten te bestrijden. Uit ons materiaal blijkt dat fysiotherapeuten, indien pijnvermindering als enkelvoudig behandeldoel is gesteld, massage en fysische therapie in engere zin vaak in voorwaarde scheppende zin toegepast wordt, aangezien bewegingstherapie veel minder vaak wordt toegepast.

Mobiliteitstoename, spierkrachttoename, houdings- en bewegingscoördinatie zijn behandeldoelen die door middel van bewegingstherapie worden nagestreefd, spiertonusregulatie en algemene ontspanning zijn duidelijk gerelateerd aan massagetherapie. Naast een curatieve taak heeft de fysiotherapeut ook een preventieve taak (zie bijvoorbeeld beroepsomschrijving, 1986). In ruim eenderde van de behandelingen probeert de fysiotherapeut de patiënt inzicht te geven in de klach-

tenproblematiek. De wijze waarop de fysiotherapeut gestalte geeft aan deze preventieve taak is onder andere in het geven van adviezen aan de patiënt is samenhang met instructies waardoor het hernieuwd optreden van klachten zou kunnen worden voorkomen. Het geven van advies speelt in 34% van alle behandelingen een rol.

Het resultaat van de behandeling naar het oordeel van de fysiotherapeut laat zien dat de nagestreefde behandeldoelen vaker wel dan niet worden bereikt. Bij meer dan 85% van de patiënten blijkt een of meerdere behandeldoelen te zijn bereikt. Natuurlijk is het oordeel van de fysiotherapeut iets anders dan een gecontroleerde effectmeting, maar voor de klinische praktijk is zijn oordeel zeker van belang. Naarmate de klachten van langere duur zijn slaat de therapie minder goed aan. Ook blijkt er een relatie tussen het gevolg van de aandoening en de mate waarin de behandeldoelen bereikt worden: Meer ingrijpende gevolgen, minder effectief behandelbaar. Zo blijken, zoals te verwachten, patiënten die beperkingen hebben met betrekking tot sportactiviteiten beter behandelbaar dan patiënten die problemen hebben in de persoonlijke verzorging.

Het oordeel van de fysiotherapeut over het resultaat van de behandeling is weliswaar belangrijk, het is evenwel geen objectieve maatstaf voor het bereikte effect van de fysiotherapeutische behandeling. Daarvoor is verder onderzoek, in de vorm van effect-evaluatie, noodzakelijk.

Vorbereiding of toespitsing op relevante zorgproblematiek is voor scholingsactiviteiten van groot belang. Op basis van de resultaten die in hoofdstuk 4 en 5 zijn beschreven, kunnen opleidingen van fysiotherapeuten en huisartsen aflezen welke medische diagnoses in de dagelijkse praktijk indicaties zijn voor de behandeling fysiotherapie. Tevens blijkt dat de psycho-sociale aspecten van de gevolgen van ziekten voor patiënten een dermate belangrijke plaats innemen dat ook hieraan tijdens de opleiding voor fysiotherapeut ruime aandacht moet worden besteed.

De beschrijving van de fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg - de klachten en aandoeningen van patiënten, de indicatiestelling van (huis)artsen en de behandeling door fysiotherapeuten - geeft een duidelijk antwoord op enkele veel gestelde vragen zoals de leeftijds/geslachtsverdeling en de klachtenproblematiek van gebruikers van fysiotherapeutische zorg. Ook hebben we kunnen laten zien welke aandoeningen door huisartsen en medisch-specialisten als be-

langrijke verwijsredenen worden gezien. Daarnaast zijn belangrijke aspecten van het werk van de fysiotherapeut in kaart gebracht: zoals het doel van de behandelingen in relatie tot de therapeutische middelen waarmee getracht wordt deze doelen te bereiken. Naast enkele duidelijke antwoorden geeft het verzamelde materiaal ook aanleiding tot het stellen van verdere vragen.

De relatie tussen enerzijds de aard en het gevolg van de aandoening en anderzijds het doel van de behandeling blijkt complex te zijn. De verschillen in de perceptie van huisarts en fysiotherapeut blijken hiervoor geen verklaring te geven. Het verdient dan ook naar onze mening aanbeveling deze complexe relatie nader te onderzoeken. Ook de verwijsrelatie als zodanig dient, bijvoorbeeld met gebruikmaking van 'steekproefparen', nader te worden onderzocht.

Klachten van patiënten hebben bijna altijd een pijncomponent, dit bleek uit de keuze van behandeldoelen. Pijn is echter een ruim begrip, niet alleen verschilt pijn in intensiteit, ook de vorm van de pijn kan verschillen (bijvoorbeeld acute pijn/chronische pijn). In ons materiaal zijn deze aspecten achterwege gebleven, het verdient aanbeveling in vervolgonderzoek pijn als aspect van de (werk)diagnose nader te bestuderen.

Door de bezuinigingsproblematiek is er volop discussie over de structuur van de gezondheidsvoorzieningen. Veranderingen in de structuur van de fysiotherapeutische zorg (bijvoorbeeld wijzigingen van het verstrekkingspakket, eigen bijdrage, honoreringssysteem, aanvullende verzekering) kunnen alleen worden geëvalueerd indien men beschikt over vergelijkbare gegevens vóór en na de verandering. Dit kan in principe in ad hoc opgezette projecten, maar daaraan kleven twee bezwaren:

- Het is veelal niet te overzien op welke termijn een besluit genomen wordt om een wijziging door te voeren en op het moment dat een besluit genomen wordt, is de tijd vaak te kort om nog een voormeting te organiseren of werpt de wijziging zijn schaduwen zover vooruit dat van een echte voormeting nauwelijks sprake is;
- De aanpassing aan een nieuwe situatie verloopt geleidelijk waardoor een nameting bij voorkeur een langere tijd moet beslaan.

Wij pleiten dan ook voor een continue gegevensverzameling met betrekking tot de fysiotherapeutische behandelingen door middel van een landelijk representatief netwerk van fysiotherapeuten. Met zo'n netwerk kunnen beleidsmaatregelen worden geëvalueerd en kunnen leemtes die bestaan in de kennis over de fysiotherapeutische zorg worden opgevuld.

In dit onderzoek bleek, eens te meer, dat een classificatiesysteem ten behoeve van gegevens op het terrein van de fysiotherapie node wordt gemist.

Het voorgestelde landelijke netwerk van fysiotherapeuten zou een goede voorwaarde scheppen om de classificatiesystemen die momenteel gebruikt worden of in ontwikkeling zijn te toetsen aan de dagelijkse praktijk.

Een dergelijke proef zou een voorbarige keuze van één algemeen classificatiesysteem ten behoeve van fysiotherapeutisch onderzoek voorkomen en geeft in elk geval de andere classificatiemethoden de kans zich volwaardig te ontwikkelen. In dat opzicht kan gewezen worden op de lange nog steeds niet afgeronde traditie en discussie rondom de artsen-classificatiesystemen.

LITERATUUR

- BARTELS, M., L. SCHEEPMAKER, P.P. GROENEWEGEN, J. VAN DER ZEE. Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg: verkennend onderzoek in drie soorten praktijken. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 95, 1984, no. 3, p. 70-74
- BARTELS, M., L. SCHEEPMAKER. Het patiëntaanbod in zes fysiotherapiepraktijken: een inventariserend onderzoek. Utrecht: Stichting Utrechtse Paramedische Academie, 1983. Scriptie
- BERTELS, M., L. TEN BRUMMELER, C. VAN DIJKUM, R. GIEBELS, J. VAN DER MANNEN. Tijd voor kwaliteit: evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Amsterdam: Stichting Universitair Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek/Onderzoeksplatform in de Eerstelijns Dienstverlening in Amsterdam, 1985. Eindrapport
- BREKEL, E.J.G. VAN DEN. Rug- en gewrichtsaandoeningen belangrijkste reden verwijzing Fysiovisie, mei (5) 1985
- BUYTEN, N.T., R. VAN DER HOOGEN, A.E. MONTENY, H.O. IN 'T VELD, H. LAMBERTS. Fysiotherapie: vierde in eerstelijnskwartet: verslag over een jaar fysiotherapie in wijkgezondheidscentrum Ommoord. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 87, 1977, no. 11, p. 374-380
- CREBOLDER, J.F.J.M. Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen: een inventariserend onderzoek. Huisarts en Wetenschap; 26, 1, no. 2, p. 42-48
- 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: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1987
- FRENKEN, F.J.M. Gegevens betreffende gezondheidstoestand en medische consumptie uit de gezondheidsenquête 1981/82. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 2, 1983, no. 10, p. 18-25
- HIRS, W.M. Standaardclassificaties voor medische en niet-medische gegevens: een studie naar de samenhang van objecten, begrippen en termen in de gezondheidszorg. Naarden, 1987, academisch proefschrift
- KERKHOFF, A.H.M., P.P. GROENEWEGEN. Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg. In: Boerma, W.G.W., L. Hingstman (reds). De eerste lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum-Slaterus, 1985, p. 91-100

- KERSSENS, J.J., P.P. GROENEWEGEN, E.Chr. CURFS. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg: de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1986
- KLEIJN-DE VRANKRIJKER, M.W. DE. Fysiotherapie en doelgroepen: over cijfers en classificaties. In: Fysiotherapie, wetenschap en beleid; bijdragen aan een symposium te Amsterdam op 3 oktober 1985 georganiseerd door de Stichting Wetenschap en Scholing fysiotherapie. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985
- LAMBERTS, H. Morbidity in General Practice: diagnoses related information from the Monitoring project. Utrecht: Huisartsenpers B.V., 1984
- LANKHORST, G.J., R.J. VAN DER STADT, T.W. VOGELAAR, A.J.H. PREVO, J.K. VAN DER KORST. Ervaringen met de Zweedse rugschool. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 92, 1982, 4, p.92-93
- LANKHORST, G.J., R.J. VAN DER STADT, J.K. VAN DER KORST, E. HINLOPEN-BORRATH, F.M.M. GRIFFIOEN, W. DE BOER. De relatie tussen isometrische kracht van de M. Quadriceps femoris en functionele meting bij patiënten met Gonarthrose. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 92, 1982, 11, p.283-285
- LINDEBOOM, I., G. VLAANDEREN-VAN DER GIESSEN. Hyperventilatie en therapie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 90, 1980, 1, p.18-21
- SIXMA, H.J.M. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen: resultaten contact- en verwijsregistratie 1985. Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut NZI: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL, 1986. Projectevaluatie gezondheidszorg Almere
- TAP, H.J. De vrij-gevestigde fysiotherapeut gecontroleerd. Rotterdam, Erasmus Universiteit, 1987. Academisch proefschrift
- VERHAAK, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk: een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: 1985, Academisch proefschrift
- ZWIETEN, J. VAN. Nek-schouderklachten; het nut van gerichte diagnostiek en behandeling. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 92, 1982, 9, p.198-199

1. De verwijzing is voor een ziekenfondspatiënt (verzekeringsnummer vermelden).....
 een particuliere patiënt (eerste drie letters achternaam vermelden)...

Patiënt: man
 vrouw
 geb. datum:
 dag maand jaar

2. Wat is (zijn) de klacht(en) van deze patiënt?

In welke mate spelen psycho-sociale of functionele aspecten bij deze klacht(en) een rol? (nazar uw oordeel)

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

Wat is uw diagnose (indien u geen differentiële diagnose hebt kunnen stellen: wat zijn uw voornaamste bevindingen?)

	ja	neen
Betreft het een recidief van een bestaande klacht of aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreft het de nabehandeling van een operatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is de patiënt eerder met fysiotherapie behandeld voor deze klacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is de patiënt eerder met fysiotherapie behandeld voor andere klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Van wie ging het initiatief tot de verwijzing uit?

- (bijna) uitsluitend van de huisarts
 meer van de huisarts dan van de patiënt
 in (ongeveer) gelijke mate van huisarts en patiënt
 meer van de patiënt dan van de huisarts
 (bijna) uitsluitend van de patiënt
 van een andere hulpverlener, te weten.....

4. Welke behandeling heeft u voorgesteld?

- geen behandeling voorgesteld
 alleen massage- en oefentherapie
 massage- en oefentherapie gecombineerd met
 alleen fysiotherapie applicaties, te weten

Hoeveel behandelingen heeft u voorgesteld en met welke frequentie?

- geen- aantal en frequenties voorgesteld
 aantal:
 frequentie:.....

REGISTRATIE-FORMULIER FYSIOTHERAPIE

Adres fysiotherapie praktijk:

Straat:

Plaats:

Naam fysiotherapeut(e):

datum
 dag maand jaar

De nieuwe patiënt is een:

ziekenfondspatiënt (verzekeringsnummer vermelden):.....

particuliere patiënt (eerste drie letters achternaam):.....

man

vrouw

geboortedatum:
 dag maand jaar

Van wie ging de verwijzing uit?

huisarts, (naam):.....

medisch specialist, (specialisme):.....

anders, te weten:.....

REGISTRATIE-FORMULIER FYSIOTHERAPIE IN TE VULLEN BIJ HET EERSTE BEHANDELCONTACT

1. Voor welke (vermoedelijke) diagnose is de patiënt verwezen?

Wat is (zijn) de klachten van de patiënt (in diens eigen bewoordingen)?

(Kunt u bij meerdere klachten de hoofdklacht onderstrepen?)

2. Aspecten van werkdiagnose

localisatie :

.....

chroniciteit:

.....

belemmering :

.....

waarschijnlijke oorzaak onbekend
 bekend, te weten:

verdere aspecten van de werkdiagnose:

.....

In welke mate spelen, naar Uw oordeel, somatische en/of psycho-sociale aspecten bij deze klacht(en) een rol?

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

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nee |
| Betreft het een recidief van bestaande klacht of aandoening? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreft het de nabehandeling van een operatie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is de patiënt eerder met fysiotherapie behandeld voor dezelfde klacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is de patiënt eerder met fysiotherapie behandeld voor andere klachten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Wat is (zijn) Uw behandeldeel(en) en in welke mate denkt U dit (deze) te kunnen bereiken?

	geheel					geheel	niet
	1	2	3	4	5		n.v.t.
<input type="checkbox"/> pijnvermindering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mobilisatietoename	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> spierkrachttoename	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> spiertonusregulatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> houdingscoördinatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bewegingscoördinatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> verbetering van vitale functies, te weten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....							
<input type="checkbox"/> ontspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> inzicht geven in de klachtenproblematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anders, te weten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....							

(Kunt U bij meerdere behandeldoelen d.m.v. de cijfers 1, 2, etc. de volgorde van belangrijkheid aangeven?)

REGISTRATIE-FORMULIER FYSIOTHERAPIE IN TE VULLEN BIJ HET EERSTE BEHANDELCONTACT

4. Heeft de verwijzend arts een behandelingsvoorstel gegeven (en zo ja welk)?

- neen, geen behandelingsvoorstel
- ja, aard van behandeling:.....
aantal en frequentie:.....

5. Welke behandeling gaat U geven?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> massage therapie | <input type="checkbox"/> bewegingstherapie |
| <input type="checkbox"/> tractie therapie | <input type="checkbox"/> manuele therapie |
| <input type="checkbox"/> leren accepteren van de klacht | <input type="checkbox"/> bandageren |
| <input type="checkbox"/> advies, instructie | |
| <input type="checkbox"/> fysiotherapeutische applicatie(s), te weten:..... | |
| <input type="checkbox"/> anders, te weten:..... | |
- Aantal behandelingen:....., frequentie:....., plaats:.....

REGISTRATIE-FORMULIER FYSIOTHERAPIE IN TE VULLEN NA ZES BEHANDELCONTACTEN

6. Zijn er (na zes behandelingen) wijzigingen in Uw:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | Ja | Nee | Zo ja, welke? |
| werkdiagnose? (zie vraag 2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| behandeldoel? (zie vraag 3) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| behandeling? (zie vraag 5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
- aantal:....., frequentie:.....

REGISTRATIE-FORMULIER FYSIOTHERAPIE IN TE VULLEN BIJ BEEINDIGING VAN DE BEHANDELING

7. Zijn er tussen begin (eventueel zesde-) en einde van de behandeling wijzigingen in Uw:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | Ja | Nee | Zo ja, welke? |
| werkdiagnose? (zie vraag 2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| behandeldoel? (zie vraag 3) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| behandeling? (zie vraag 5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
- aantal:....., frequentie:.....

8. In hoeverre heeft U Uw behandeldoel bereikt?

	geheel					geheel niet	n.v.t.
	1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/> pijnvermindering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mobilisatietoename	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> spierkrachttoename	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> spiertonusregulatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> houdingscoördinatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bewegingscoördinatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> verbetering vitale functies, te weten:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ontspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> inzicht geven in klachtenproblematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anders, te weten:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

einddatum behandeling:
dag maand jaar

9. Wat zijn de redenen om de behandeling te stoppen?.....

- Zou naar uw mening een vervolgbehandeling wenselijk zijn? ja
 nee

BIJLAGE 3

Aantal nieuwe én verlengingsverwijzingen per combinatie van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (bovenste getallen) en aantal ingeschreven patiënten per combinatie van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (onderste getallen)

leeftijd	ziekenfonds				particulier			
	mannen		vrouwen		mannen		vrouwen	
	n	v	n	v	n	v	n	v
0-14	77	65	96	65	29	5	31	3
	8032		7879		5338		5269	
15-24	283	130	311	164	74	11	68	6
	7714		8288		4587		4445	
25-34	490	245	488	309	100	33	99	21
	7823		7954		4039		3791	
35-44	489	293	524	410	169	32	162	35
	5246		5731		4385		3791	
45-54	374	334	490	369	140	36	181	35
	3847		4419		3633		3134	
55-64	281	268	401	362	120	19	127	29
	3569		4250		2899		2658	
65+	239	380	534	895	72	34	34	51
	4422		6986		2285		2702	

Bron: Weekstaten van peilstationsartsen

Gegevens betreffende kruistabelanalyse
'error' verdeling binomiaal
'link' functie logistisch

Model	likeliheid ratio stat.	df.
(0) null	8492	55
(1) age, sex, ins, ref	990.4	46
(2) (1) + age sex, age ins, age ref, sex ins, sex ref, ins ref	49.48	25
(3) (2) + age sex ins, age sex ref, age ins ref, sex ins ref	6.42	6
(3a) (2) + age sex ins, age sex ref, age ins ref	8.56	7

Legenda: age = leeftijd
sex = geslacht
ins = verzekeringsvorm
ref = aard van de verwijzingen

Conclusie

Verwijscijfers variëren tussen leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, aard van de verwijzing en voor elke combinatie van drie van deze variabelen behalve voor de combinatie van geslacht, verzekeringsvorm en aard van de verwijzing.

De aard van de verwijzing varieert tussen de leeftijdscategorieën (hoe ouder hoe meer verlengingsverwijzingen), geslacht (vrouwen meer verlengingsverwijzingen), verzekeringsvorm (ziekenfondsverzekerden meer verlengingsverwijzingen). Voorts varieert de aard van de verwijzing tussen de combinatie van leeftijd en geslacht (oudere vrouwen meer verlengingsverwijzingen) en de combinatie van leeftijd en verzekeringsvorm.

Gegevens betreffende kruistabelanalyse van nieuwe verwijzingen
'error' verdeling binomiaal
'link' functie logistisch

Model	likelihood ratio stat.	df.
(0) null	3086.3	27
(1) age, sex, ins	60.91	19
(2) age, sex ins, age sex, age ins, sex ins	6.24	6
(2a) age, sex, ins, age sex, age ins	11.72	7
(2b) age, sex, ins, age sex, sex ins	21.14	12
(2c) age, sex ins, age ins, sex ins	39.38	12

Legenda: age = leeftijd
sex = geslacht
ins = verzekeringsvorm

Conclusie

Het verwijscijfer varieert tussen leeftijdscategorieën, mannen en vrouwen, ziekenfonds- en particulier verzekerden. Ook varieert het verwijscijfer tussen elke combinatie van leeftijd en geslacht (gegeven de verzekeringsvorm), tussen elke combinatie van leeftijd en verzekeringsvorm (gegeven het geslacht) en tussen elke combinatie van geslacht en verzekeringsvorm (gegeven de leeftijd).

Het verwijscijfer varieert **niet** tussen elke combinatie van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm.

BIJLAGE 4

Indeling in clusters van ICD-9-CMcodes

1. Status na operatie

Alle V42 t/m V45, V50 t/m V52

2. Overige

Alle V01 t/m V10, V12 t/m V39, V41, V46 t/m V49, V53 t/m V60,
V63 t/m V82

Gehele hoofdstuk 1: 001-139

hoofdstuk 2: 140-239

hoofdstuk 3: 240-279

hoofdstuk 4: 280-289

hoofdstuk 7: 390-459

hoofdstuk 9: 520-579

hoofdstuk 10: 580-629

hoofdstuk 11: 630-676

hoofdstuk 12: 680-709

hoofdstuk 14: 740-759

hoofdstuk 15: 760-779

Codes: alle 780

782.1 t/m 785.9

787 t/m 796.9

alle 798

799.3 t/m 799.8

3. Psychische stoornissen

hoofdstuk 5: 290-319

797

799.2

Alle V11, V40, V61, V62

4. Aandoeningen zenuwstelsel

320 t/m 389

Alle 781

Alle 782.0

5. Ademhalingswegen

460 t/m 519

vervolg bijlage 4

Alle 786

799.0 en 799.1

6. Artropathieën

710 t/m 713

715 t/m 719

7. Dorsopathieën

720.1 t/m 724

8. Reuma

Alle 714

720.0 t/m 724

9. Osteopathieën, chondropathieën en misvormingen

730 t/m 739

10. Posttraumatische aandoeningen

800 t/m 999

BIJLAGE 5

Top-25 van huisartsen en bijbehorende ICD-9-CM codes

1. Aandoeningen van de rugspieren zoals spierkrachtverlies, verkorte spieren, hypertone spieren, pijn en ontstekingen in de spieren; 728.251, 729.188, 729.18, 728.28, 728.38, 728.98, 728.987, 728.988, 729.151, 729.187.
2. Lumbago; spierpijnen in de lage rug, spit; 728.986, 729.186, 724.2.
3. Peri-articulair Humero Scapulaire Syndroom, frozen shoulder, rotator-cuff syndroom; ontstekingsachtige aandoeningen van weefsels, zoals kapsel, banden, pezen en slijmbeurzen van het schoudergewricht alsmede verkalkingen en pijn in het schoudergewricht; 726.0, 726.1, 726.12, 726.11, 726.19, 726.2.
4. Plexus brachialis aandoeningen, cervico-craniaal en -brachiaal syndroom alsmede cervicale neuritis of radiculitis; irritaties, beknellingen van de plexus brachialis en ontstekingsachtige aandoeningen daarvan; 723.8, 723.2, 353.0, 723.3, 723.4, 723.41.
5. Spondylose; aandoeningen van de wervelgewrichten, al of niet vergezeld van aandoeningen van het ruggemerg; 721.0, 721.1, 721.2, 721.3, 721.9.
6. Hernia nuclei pulposi en discusaandoeningen; 722.00 t/m 722.99.
7. Kyfose, lordose, scoliose, inclusief slechte houding; 726.32.
8. Tenniselleboog; 737.00 t/m 737.99, 738.5, 754.2, 756.15.
9. (Gewrichts)pijnen in de rug; inclusief ontsteking van sacro-iliacaal gewricht en pijn ter plaatse van os sacrum en os coccygis; 719.451, 720.2, 724.6, 719.488, 719.487, 719.486, 719.48, 724.1, 723.1, 724.5, 724.7, 724.79, 724.51, 724.9.
10. Ischias; ontsteking of andere aandoening van de ischiadicus-zenuw; 724.3=10.
11. Luchtweginfecties zoals verkoudheden, longontsteking, astma, emfyseem, inclusief hoesten en slijmvorming; 460.0 t/m 466.1, 472.0 t/m 472.2, 476.0 t/m 477.9, 480.0 t/m 496.9, 519.9, 786.2, 786.4.
12. Aandoeningen van de spieren van de schoudergordel zoals spierkrachtverlies, insufficiëntie, zwakte, pijn, ontsteking en hypertone spieren; 728.21, 728.91, 729.11, 729.112.

vervolg bijlage 5

13. Aandoeningen van de spieren van de bekkengordel, zoals zie 12; 728.25, 728.35, 728.95, 729.15.
14. (Pseudo)neuritis en radiculitis; ontstekingen en ontstekingsachtige aandoeningen van zenuwen of zenuwwortels in de rug, exclusief in het nek-hoofdgebied (zie daarvoor nummer 4); 724.4, 724.41, 729.2, 729.28.
15. Gonartrosis; 715.36, 715.6.
16. Contractuur- en bewegingsbeperking van de gewrichten in de rug; 718.451, 718.48, 718.486, 718.487, 718.488, 719.58, 719.586, 719.588.
17. Distorsie van het enkelgewricht; 845.0, 845.02, 845.09, 845.01, 845.03.
18. Dérangement interne van de knie; scheurtjes van menisci, losliggende stukjes in de knie, chondromalacie van de patella, verscheuringen van de kniebanden; 717 t/m 717.99, 836 t/m 836.29, 844 t/m 844.29.
19. Hoofdpijnklachten; (spannings-)hoofdpijn, migraine; 346.0 t/m 346.9, 784.0.
20. Entesopathie van de knie, ontstekingsachtige aandoeningen van aanhechtingen van spieren, pezen en slijmbeurzen aan het kniegewricht; 715.35, 715.351, 715.5.
21. Coxartrosis; 726.60 t/m 726.69, 729.96.
22. Entesopathie van de enkel; ontstekingsachtige aandoeningen van aanhechtingen van spieren, pezen en slijmbeurzen aan het enkelgewricht; 726.7, 726.71, 726.72, 726.73, 726.74, 726.79, 727.06.
23. Hyperventilatie; 726.5, 726.51, 726.57, 726.58, 727.51, 729.95.
24. Entesopathie van de heup; ontstekingsachtige aandoeningen van aanhechtingen van spieren, pezen en slijmbeurzen aan het heupgewricht; 306.1.
25. Pijn en ontstekingsachtige aandoeningen van de spieren van de hals; 729.181.

BIJLAGE 6

Kruistabelanalyse van het aantal nieuwe verwijzingen naar leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en vier diagnosegroepen (artropathieën, dorsopathieën, reuma en posttraumatische aandoeningen) betrokken op het aantal ingeschreven patiënten naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm

Model	likelijkheid ratio stat.	df.
(0) null	5173.9	111
(1) age, sex, ins, age sex, age ins, sex ins, age sex ins	2110.6	84
(2) (1) + dia	549.2	81
(3) (2) + age dia, sex dia, ins dia	101.7	57
(4) (3) + age sex dia	41.9	39

Legenda: age = leeftijd
sex = geslacht
ins = verzekeringsvorm
dia = diagnosegroepen

Toelichting

De variatie in verwijscijfers die samenhangt met de gelijktijdige invloed van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm is in deze analyse van secundair belang, omdat we zijn geïnteresseerd in variatie in verwijscijfers die samenhangt met de vier diagnosegroepen. Daarom is uitgegaan van model (1) waarna termen zijn toegevoegd waarvan diagnosegroepen deel uitmaken. Het uiteindelijke passende model is model 4. Dat wil zeggen: de diagnoses verschillen tussen leeftijds-
groepen, mannen en vrouwen, ziekenfonds- en particulierverzekerden en ook tussen de leeftijd/geslachtcategorieën.

BIJLAGE 7

Kruistabelanalyse van het aantal nieuwe verwijzingen per leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en vijf klachten (rug algemeen, rug-nek gedeelte, lage rug, schouders, knie) betrokken op het aantal ingeschreven patiënten naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm

Model	likelihood ratio stat.	df.
(0) null	2771.6	139
(1) age, sex, ins, age sex, age ins, sex ins, age sex ins	645.0	112
(2) (1) + rfe	411.7	108
(3) (2) + age rfe, sex rfe, ins rfe	145.4	76
(4) (3) + age sex rfe	57.65	52

Legenda: age = leeftijd
sex = geslacht
ins = verzekeringsvorm
rfe = klacht

Toelichting

De variatie in verwijscijfers die samenhangt met de gelijktijdige invloed van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm is in deze analyse van secundair belang omdat we zijn geïnteresseerd in variatie in verwijscijfers die samenhangt met de vijf groepen van klachten. Daarom is uitgegaan van model (1) waarna termen zijn toegevoegd waarvan de klachten deel uitmaken. Het uiteindelijk passend model is model 4, dat wil zeggen: de klachten verschillen tussen leeftijds-groepen, mannen en vrouwen, ziekenfonds- en particulier verzekerden en ook tussen de leeftijd/geslachtcategorieën.

BIJLAGE 8

Leeftijd/geslachtsverdeling van gebruikers van fysiotherapeutische zorg naar verwijzer. Getallen geven absolute aantallen en percentage mannen/vrouwen per combinatie van leeftijd en verwijzer

leeftijd	huisarts		subt _h	specialist		subt _s	totaal % totaal
	man	vrouw		man	vrouw		
0-14	55 47.8	60 52.2	115	28 47.5	31 52.5	59	174 2.7
15-24	250 47.1	281 52.9	531	74 51.7	69 48.3	143	674 10.3
25-34	461 49.9	462 50.1	923	107 59.8	72 40.2	179	1102 16.9
35-44	592 52.5	557 48.5	1149	109 54.5	91 45.5	200	1349 20.7
45-54	499 49.8	504 50.2	1003	80 40.8	116 59.2	196	1199 18.4
55-64	355 47.5	393 52.5	748	68 37.8	112 62.2	180	928 14.2
65-74	178 37.0	303 63.0	481	41 29.7	97 70.3	138	619 9.5
75-84	95 32.3	199 67.7	294	13 15.9	69 84.1	82	376 5.8
85+	25 30.3	53 69.7	76	5 21.7	18 78.3	23	99 1.5
Tot. per verw.			5320			1200	6520
% tot. per verw.			81.6			18.4	

BIJLAGE 9

Top-25 medisch-specialisten

1. Situatie na fracturen van clavicula, scapula en botten van boven- en onderarm en hand
2. Situatie na operaties aan de knie
3. Hernia nucleï pulposi*
4. Situatie na fracturen in boven- en onderbeen en voet
5. Lumbago*, spierpijnen in de lage rug, spit
6. Spondylose*
7. Gonartrosis
8. Dérangement interne van de knie
9. (gewrichts-)pijn in de rug*
10. Aandoeningen van schoudergewricht; periartritis humero-scapularis, rotator-cuffsyndroom
11. Luchtweginfecties, verkoudheid, longontstekig, astma, enfyseem, inclusief hoesten en slijmvorming
12. Situatie na operatie aan de lendenwervelkolom
13. Situatie na inplanten van een prothese in het heupgewricht
14. Distorsie van de knie
15. Kyfose, lordose, scoliose
16. Plexus brachialis aandoeningen, cervicocraniaal en -brachiaal syndroom alsmede cervicale neuritis of radiculitis
17. Reumatoïde artritis
18. Situatie na operatie aan enkel en voet
19. Distorsie enkel*
20. Coxartrosis
21. Aandoeningen van zenuwen in armen of benen, bijvoorbeeld carpaal tunnel syndroom
22. Hoofdpijn*
23. Gewrichtspijn van de knie, anders dan 8
- 24-27 Huidaandoeningen zoals psoriasis; situaties na respectievelijk operaties aan schouder, hand en heup

* Zie voor nadere toelichting bijlage 5 (top-25 huisartsen)

BIJLAGE 10

Keuze van behandeldoelen in relatie tot de aard van de aandoening (medischediagnose). Getallen geven percentages weer van het aantal behandelingen waarin het behandeldoel gekozen is gegeven de aard van de aandoening

behandeldoel medische diagnose	pijn	mob	inz	hou	spt	spr	bew	ont	vit
rugmusculatuur	95	53	36	34	9	39	14	29	2
lumbago	97	66	37	41	19	27	23	17	3
periartritis humeroscapularis	98	63	31	18	17	20	17	12	1
aandoening cervicaal + hoog thoracaal zenuwstelsel	97	61	34	34	15	33	16	31	2
spondylose	98	72	45	39	16	30	25	27	4
hernia nucleï pulposi	95	72	43	45	25	31	26	24	5
tenniselleboog	100	25	40	9	8	25	15	10	1
kyfose	42	51	36	90	45	25	54	7	5
gewrichtspijnen in de rug	97	69	42	44	14	33	21	22	3
ischias	100	68	39	38	18	23	25	21	2
aandoeningen ademhaling	1	5	16	5	3	3	4	14	89
schoudergordel musc.	95	54	24	34	15	30	21	38	0
bekken-gordel musc.	93	35	21	21	25	35	16	11	0
aandoeningen zenuwstelsel rug	98	61	42	41	18	32	26	17	2
gonartrosis	90	63	32	11	84	0	32	5	0
bewegingsbep. rug	100	100	67	33	0	33	50	33	0
distorsie enkel	91	52	17	19	32	12	53	3	6
dérangement interne knie	93	40	30	13	54	16	26	4	3
hoofdpijn	93	45	42	30	6	34	8	46	4
coxartrosis	100	82	55	25	31	20	28	5	6
entesopathie knie	100	24	29	10	29	17	22	7	5
entesopathie enkel	100	33	35	13	13	23	13	8	5
entesopathie heup	96	35	20	11	22	26	29	7	4
hyperventilatie	17	7	72	9	2	11	11	78	63
overige	79	59	29	19	36	19	28	10	8
N behandeldoel gekozen	5754	3829	2240	1837	1583	1590	1552	1105	509
χ^2 (df=15)	*	571	187	654	543	215	245	516	*
p kleiner dan	-	.01	.01	ns	.01	.01	.01	.01	-

* voldoen niet aan de eisen van de χ^2 -toets

BIJLAGE 11

Keuze van behandeldoelen in relatie tot de gevolgen van de aandoe-
ning (functionele beperking). Getallen geven percentages van het
aantal behandelingen (N=5601)

behandeldoel functionele beperking	pijn	mob	inz	hou	spt	spr	bew	ont	vit
werk	94	57	37	33	22	29	22	15	4
werk (zwaar)	93	69	48	32	19	31	20	24	7
huishouden	96	51	35	31	22	23	22	21	5
pers. verz.	86	64	36	25	14	27	25	13	4
ADL	87	66	34	27	27	30	27	17	6
zitten	98	69	41	29	15	18	31	18	11
staan	86	64	30	22	43	20	40	9	9
lopen	86	66	30	21	38	17	38	8	8
traplopen	92	41	30	13	35	20	25	5	6
lopen over langere afst.	91	46	46	18	40	18	30	8	5
armgebruik	90	79	27	11	27	12	15	10	3
draaien hoofd	97	85	32	39	13	27	19	23	3
uith.verm. van huishouding	98	59	43	43	23	28	27	17	3
uith. inspanning	53	37	36	20	18	18	13	23	43
sporten	87	41	32	21	28	25	26	5	3
overige	79	54	33	24	23	23	19	20	24
N behandeldoel gekozen	4928	3408	1908	1499	1385	1331	1335	874	430
χ^2 (df=15)	349	41.9	41.8	169	164	86.3	142	133	332
p kleiner dan	.01	.01	.01	ns	.01	.01	.01	.01	.01

legenda:

pijn=pijnvermindering	spr =spiertonusregulatie
mob =mobiliteitstoename	bew =verbeteren bewegingscoördinatie
inz =inzicht geven in de klachtenproblematiek	ont =ontspanning
hou =verbeteren houdingscoördinatie	vit = verbeteren vitale functie
spt =spierkrachttoename	

* voldoet niet aan de eisen die gesteld worden aan χ^2 -toets

BIJLAGE 12

Resultaat van de behandeling in termen van het bereiken van behandel- doelen naar de duur van de klacht. Getallen geven percentages van het aantal behandelingen waarin het doel (bijna) geheel is bereikt

behandeldoel chroniciteit	pijn	mob	inz	hou	spt	spr	bew	ont	vit
paar dagen (0-2)	95	94	91	83	72	87	76	74	92
tot een week	92	89	89	74	85	87	87	71	92
tot drie weken	87	89	90	76	83	88	87	65	86
tot zes weken	84	85	86	70	78	88	77	70	86
tot drie maanden	81	83	86	68	76	74	77	69	78
tot een jaar	76	80	83	68	74	75	73	63	60
langer dan een jaar	74	76	83	65	69	74	70	60	70
χ^2 (df=6)	141	71.5	12.1	11.9	18.2	36.1	29.8	7.2	176
p kleiner dan	.01	.01	.01	ns	.01	.01	.01	ns	.01

legenda:

pijn=pijnvermindering

mob =mobiliteitstoename

inz =inzicht geven in de klachtenproblematiek

hou =verbeteren houdingscoördinatie

spt =spierkrachttoename

spr =spiertonusregulatie

bew =verbeteren bewegingscoördinatie

ont =ontspanning

vit = verbeteren vitale functie

* voldoet niet aan de eisen die gesteld worden aan χ^2 -toets

BIJLAGE 13

Resultaat van de fysiotherapeutische behandeling naar het oordeel van de fysiotherapeut met betrekking tot het bereiken van behandel-doelen in relatie tot de gevolgen van de aandoening (beperking). Getallen geven percentages van het aantal behandelingen waarin het behandeldoel (bijna) geheel is bereikt

behandeldoel beperking	pijn	mob	inz	hou	spt	spr	bew	ont	vit
werk	82	85	87	72	76	84	81	67	67
werk (zwaar)	84	85	78	56	95	83	65	59	100
huishouden	74	78	86	66	64	83	70	59	46
pers. verz.	75	68	68	36	57	62	50	27	100
ADL	79	79	87	67	75	85	78	66	75
zitten	81	82	88	71	75	77	77	46	100
staan	85	86	96	83	77	94	82	57	83
lopen	82	83	84	70	75	81	76	59	76
traplopen	86	83	88	82	73	77	70	100	100
lopen over langere afst.	73	78	95	76	84	88	79	86	68
armgebruik	79	84	84	60	60	73	71	68	86
draaien hoofd	86	84	84	68	64	76	78	68	62
uith.verm. van huishouding	81	71	85	71	69	80	77	57	100
uith. inspanning	86	79	81	68	80	79	58	71	73
sporten	91	91	95	78	91	86	82	60	100
overige	80	82	85	66	79	73	72	61	83
N	4728	3222	1706	1339	1251	1190	1186	749	346
χ^2 (df=15)	42.4	30.1	19.8	18.8	37.3	21.6	16.3	*	*
p kleiner dan	.01	.01	ns	ns	ns	.01	ns		

legenda: spt =spierkrachttoename
 pijn=pijnvermindering spr =spiertonusregulatie
 mob =mobiliteitstoename bew =verbeteren bewegingscoördinatie
 inz =inzicht geven in de ont =ontspanning
 klachtenproblematiek vit = verbeteren vitale functie
 hou =verbeteren houdingscoördinatie

* voldoet niet aan de eisen die gesteld worden aan χ^2 -toets

BIJLAGE 14

Begrippenlijst

Acuut	: plotseling beginnend, snel verlopend
Artrositis deformans	: degeneratie van een gewricht, niet berustend op ontsteking, gepaard gaande met abnormale botwoekering en atrofie van slijmvlies en gewrichtskraakbeen, gevolgd door ontsteking van het omringende weefsel
Bursitis	: ontsteking van een slijmbeurs
Cervicaal	: tot de hals of nek behorend
Chronisch	: langzaam, slepend verloop
Congenitale afwijkingen	: aangeboren afwijkingen
Contracturen	: blijvende samentrekking of verkorting van één of meer spieren, waardoor verkromping of verstijving van het betrokken lichaamsdeel ontstaat
Contusie	: kneuzing
Coxartrositis	: artrositis van de heup
Degeneratieve afwijkingen	: ziekelijke veranderingen in cellen of weefsel, waardoor deze minderwaardig worden
Dérangement interne van de knie	: stoornis in het kniegewricht
Diagnose	: vaststelling van de aard van een ziekte door geneeskundig onderzoek
Discus intervertebralis	: tussenwervelschijf
Distorsie	: verstuiking, verzwikking
Endocriene (klieren)	: klieren waarvan de afscheidingsproducten door het bloed of de weefselvloeistof worden opgenomen
Extremititeiten	: ledematen
Fracturen	: botbreuken
Gonartrositis	: artrositis van de knie
Hernia nucleii pulposi	: uitstulping van de kern van een tussenwervelschijf, waardoor druk ontstaat op wortels van zenuwen
Hypertone musculatuur	: spieren met een verhoogde spanning
Hyperventilatie	: versnelde en verdiepte ademhaling
Ischialgie	: zenuwpijn in het gebied van de nerveus ischiadicus

vervolg bijlage 14

Ischias	: heupjicht zie ook ischialgie
Kyfose	: achterwaartse kromming van de wervelkolom
Lordose	: voorwaartse kromming van de wervelkolom
Lumbagoklachten	: spit, lendepijn
Luxatie	: ontwrichting
Meniscus-laesies	: beschadiging van een kraakbeenschijf (meestal in het kniegewricht)
Metabole	: behorend tot de stofwisseling
Myalgie	: spierpijn
Myogeen	: tot spieren behorend, van spieren afkomstig
Parasitaire ziekten	: ziekten veroorzaakt door parasieten, dierlijke of plantaardige organismen die zich voeden ten koste van een ander organisme waarop ze een schadelijke uitwerking uitoefenen
Perinatale periode	: tijdsperiode kort vóór de geboorte
Post-operatieve	: de periode na een operatie
Pseudoneuritis	: schijnbare zenuwontsteking
Reumatoïde artritis	: ziekte gekenmerkt door niet-etterige ontsteking van verscheidene gewrichten, atrofie van spieren en huid en andere algemene verschijnselen
Rotator cuff syndroom	: een aantal symptomen waaronder pijn en bewegingsbeperking van een groep kleine schouderpijlen die verantwoordelijk is voor de rotaties van het schoudergewricht
Scoliose	: zijdelingse verkromming van de wervelkolom
Status	: stand, toestand
Symptomen	: ziekteverschijnselen
Tendovaginitis crepitans	: knarsende peesschede ontsteking
Tenniselleboog	: ontsteking van botvlies, pezen en/of spieren ter plaatse van de buitenste knobbel van het opperarmbeen (ter hoogte van elleboog) door overbelasting
Thoracaal	: gebied van de rug tussen lendenen en nek
Spondylose	: degeneratieve afwijking van tussenwervelschijven gevolgd door botwoekering
Urogenitaal-systeem	het geheel der urinewegen en geslachtsorganen

