

ZORGZWAARTE EN WERKLAST VAN FYSIOTHERAPEUTEN IN ACHTERSTANDSGEBIEDEN

Een inventarisatie

**Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 2000
Verdiepingsstudie nr. 13**

**J.D. Meloen
L. Hingstman**



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Maart 2001

Zorgzwaarte en werklast van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden: een inventarisatie / J.
Meloen, L. Hingstman
Utrecht: Nivel
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-522-8
Trefw: fysiotherapeuten, zorgzwaarte, werklast, achterstandsgebieden

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUD

pag.

VOORWOORD	5
1 INLEIDING	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Vraagstelling	7
2 ONDERZOEKSOPZET, METHODE EN BEGRIPPEN	9
2.1 Literatuuronderzoek	9
2.2 Secundaire analyse	9
2.2.1 Selectie gegevensbestanden	9
2.2.2 Onvolkomenheden van de gegevensbestanden	11
2.2.3 Toetsing verschillen	12
2.3 Het conceptuele model	12
2.3.1 Definities	12
2.3.2 Achterstandsgebieden	15
2.4 Werkmodel	16
3 LITERATUUR ZORGZWAARTE EN WERKLAST	19
3.1 Zorgzwaarte	19
3.1.1 Sociaal-economische achterstand	19
3.1.2 Allochtonen	19
3.2 Werklast	20
3.2.1 Werkbelasting	20
3.2.2 Werkstress	21
3.3 Conclusies	22
4 FYSIOTHERAPIE IN ACHTERSTANDSGEBIEDEN	25
4.1 Kenmerken van achterstandsgebieden	25
4.2 Patiënten	27
4.3 Praktijken	27
4.4 Fysiotherapeuten	27
4.5 Conclusies	30
5 PATIËNTEN FYSIOTHERAPIE EN ZORGZWAARTE	31
5.1 Patiënten en zorgzwaarte	31
5.1.1 Persoonskenmerken	31
5.1.2 Verzekering	33
5.1.3 Klachten	35
5.1.4 Behandeling	38
5.1.5 Gedrag patiënten	41
5.2 Conclusies	42
6 PRAKTIJKEN FYSIOTHERAPIE EN WERKLAST	45
6.1 Omvang en Samenstelling	45
6.2 Verstandhouding	47
6.3 Conclusies	48

INHOUD vervolg

pag.

7	FYSIOTHERAPEUTEN EN WERKLAST	49
7.1	Beroepsuitoefening	49
7.1.1	Duur van de werkweek	49
7.1.2	Patiëntgebonden versus niet-patiëntgebonden tijd	51
7.2	Meningen over beroep	52
7.3	Gezondheid, beroep en werklast	53
7.3.1	Fysieke gezondheid	54
7.3.2	Vermoeidheid	54
7.3.3	Burn-out	55
7.4	Conclusies	56
8	SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	57
8.1	Vraagstelling en werkmodel	57
8.2	Literatuurstudie	58
8.3	Secundaire analyses	58
8.3.1	Fysiotherapie in achterstandsgebieden	58
8.3.2	Zorgzwaarte	59
8.3.3	Werklast	60
8.4	Belangrijkste conclusies	61
8.5	Beperkingen en lacunes	63
8.6	Eindconclusies	64
8.7	Aanbevelingen	64
	LITERATUUR	67
BIJLAGE I	: Data registratie fysiotherapeuten (extramuraal)	71
BIJLAGE II	: Data onderzoek fysiotherapeuten en toekomst (extramuraal)	74
BIJLAGE III	: Data onderzoek beperkende maatregel (extramuraal)	78
BIJLAGE IV	: Postcodes achterstandsgebieden huisartsen (1998)	85

VOORWOORD

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Curatieve Somatische Zorg, wordt door het Nivel en Prismant jaarlijks het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg opgesteld.

Naast een overzicht van de ontwikkelingen binnen de sector van de gezondheidszorg richt het Brancherapport zich op beleidsonderwerpen die nadere verdieping behoeven. Deze studies beogen het verschaffen van informatie over relevante feiten, ontwikkelingen en knelpunten waardoor een bijdrage kan worden geleverd aan de beleidsontwikkeling van de desbetreffende sector. Ten behoeve van het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 2000 heeft het Nivel een verdiepingsstudie uitgevoerd naar de zorgzwaarte en werklast van fysiotherapeuten werkzaam in achterstandswijken. In het onderhavige rapport wordt verslag gedaan van deze studie.

Wij zijn voor deze studie naar fysiotherapie in achterstandsgebieden dank verschuldigd aan de heer T. Zengerink en mevrouw A. Oostveen van de directie Curatieve Somatische Zorg van het ministerie van VWS, mevrouw D. van den Heuvel van het KNGF en mevrouw E. van den Ende van het Nivel voor hun nuttige commentaren en aanvullende informatie.

Dr. Jos D. Meloen
Dr. Lammert Hingstman

Utrecht, maart 2001

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Binnen de fysiotherapie zijn er signalen dat in de afgelopen jaren met name in de achterstandsgebieden in Nederland de werklast en zorgzwaarte onevenredig is toegenomen (Lubbers, 2000; Quick scan VVF, 2000). In deze gebieden, met vaak relatief veel allochtonen, worden fysiotherapeuten geconfronteerd met bevolkingsgroepen die veelal laag zijn opgeleid, over een geringe taalvaardigheid beschikken, andere culturele opvattingen over ziekte en gezondheid hebben en die - indien men werk heeft - veelal ongeschoold, eenzijdig en zwaar lichamelijk werk verrichten. Verder werd geconstateerd dat deze omstandigheden er verantwoordelijk voor zijn dat de werklast van fysiotherapeuten in de achterstandsgebieden aanmerkelijk zwaarder is dan elders in Nederland. In de eerste plaats moet vaak gebruik gemaakt worden van de tolkentelefoon. Dit betekent voor fysiotherapeuten een groter tijdsbeslag. Maar ook problemen met de bereikbaarheid en de communicatie vereisen extra tijd. Zo blijkt dat met name voor de groep allochtonen het maken van afspraken via een antwoordapparaat grote problemen oplevert. Het maken van afspraken kost daardoor veel meer tijd. Daarnaast moet ter ondersteuning van de behandeling meer tijd uitgetrokken worden voor uitleg en motivering.

Hoewel volgens Lubbers veel fysiotherapeuten in de achterstandswijken grote creativiteit aan de dag leggen en hun werk met plezier doen, zijn deze fysiotherapeuten van mening dat er vanuit de overheid nauwelijks stimulansen uitgaan om hun werk enigszins te verlichten. De maatregelen die in de afgelopen jaren door de overheid zijn opgelegd hebben er juist toe bijgedragen dat de werkdruk veel groter is geworden. Dat geldt wellicht in sterkere mate voor fysiotherapeuten in achterstandswijken.

Verder is het imago van het werken in achterstandswijken blijkbaar minder gunstig waardoor fysiotherapie-praktijken grote problemen ontmoeten om bijvoorbeeld voldoende waarnemers te vinden (Lubbers 2000). Naast de hoge werkdruk zou een deel van de voorheen betaalde preventieve activiteiten, in de onbetaalde vrije tijd moeten plaatsvinden. Bovendien zouden fysiotherapeuten worden afgeschrikt doordat zij in achterstandswijken met een voor hen "totaal vreemde werksituatie" worden geconfronteerd. In de notitie van Lubbers wordt dan ook de vrees uitgesproken dat in een situatie waarin de arbeidsmarkt voor fysiotherapeuten krappert, er problemen zullen gaan ontstaan om voldoende fysiotherapeuten te krijgen die in deze wijken aan de slag willen.

De vraag is of bovengenoemde zienswijze verder gaat dan een impressie uit de beroepsorganisatie. Aangezien er weinig bekend is omtrent de zorgzwaarte en werklast van extramurale fysiotherapeuten in achterstandswijken is in het kader van het jaarlijks uit te brengen "Branche-rapport Curatieve Somatische zorg" door VWS aan het Nivel gevraagd om een inventarisatie rond dit onderwerp uit te voeren. Het doel van deze inventarisatie is in de eerste plaats inzicht te geven in de stand van zaken op het terrein van onderzoek naar zorgzwaarte en werkdruk van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden. In de tweede plaats zal op basis van bestaande gegevensbronnen gekeken worden in hoeverre er verschillen zijn in zorgzwaarte en werkdruk tussen fysiotherapeuten in achterstandswijken en fysiotherapeuten die niet in achterstandswijken werkzaam zijn.

1.2 Vraagstelling

Voor het beleid is het in het algemeen van groot belang dat er geen al te grote regionale verschillen zijn in de zorgzwaarte en werklast. Als dit wel het geval is, zou dat onder andere tot uitdrukking kunnen komen door middel van bijvoorbeeld een aangepaste beloningssystematiek.

Bij huisartsen heeft dit geleid tot een toeslag voor huisartsen die werkzaam zijn in achterstandsgebieden. De vraag is actueel of er ook voor fysiotherapeuten verschillen bestaan in zorgzwaarte en werklast tussen achterstandsgebieden en andere gebieden in Nederland. De vraagstelling voor dit onderzoek luidt derhalve:

In hoeverre zijn er binnen de extramurale fysiotherapie verschillen in zorgzwaarte en werklast tussen fysiotherapeuten die werkzaam zijn in achterstandsgebieden en fysiotherapeuten die elders in Nederland werkzaam zijn?

Gezien de beperkte omvang van de onderzoeksperiode (drie maanden) kan voor deze verdiepingsstudie geen nieuw onderzoek uitgezet worden. Dit betekent dat voor de uitwerking van bovengenoemde vraagstelling enerzijds een literatuurstudie en anderzijds een secundaire analyse is uitgevoerd.

In *hoofdstuk 2* worden de onderzoeksopzet en de methode besproken waarna de gebruikte definities worden weergegeven en een voorlopig werkmodel wordt opgesteld. In *hoofdstuk 3* worden de resultaten van een literatuurverkenning rond dit onderwerp gepresenteerd. In *hoofdstuk 4 t/m 7* worden de resultaten van de secundaire analyse gepresenteerd. In *hoofdstuk 8* worden de resultaten samengevat en de conclusies getrokken, waarbij de beperkingen worden aangegeven, gevolgd door de eindconclusies en de aanbevelingen.

2 ONDERZOEKSOPZET, METHODE EN BEGRIPPEN

Voor het beantwoorden van de vraagstelling worden twee onderzoeksmethoden gehanteerd. In de eerste plaats een inventarisatie van de literatuur met betrekking tot zorgzwaarte en werklust van fysiotherapie in achterstandswijken. In de tweede plaats een secundaire analyse op basis van bestaande gegevensbronnen. In dit hoofdstuk zullen beide onderzoeksmethoden nader worden toegelicht. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de definities en de kernbegrippen, alsmede de relaties tussen deze begrippen aan de hand van een werkmodel.

2.1 Literatuuronderzoek

Ten behoeve van het literatuuronderzoek werden bestaande literatuurbestanden (Medline en Nivel-bestand) met behulp van trefwoorden en combinaties daarvan systematisch doorzocht. Hierbij bleek dat over de kenmerken van fysiotherapeuten, hun praktijken en hun patiënten inmiddels een ruime hoeveelheid literatuur en onderzoek beschikbaar is (Nivel-bibliotheek: 1043 publicaties op 'fysiotherapie', en 722 op 'fysiotherapeuten'; daarvan o.m. Groenewegen 1985; Valk c.s., 1995; Rijken c.s. 1996; Dekker 1997; Kersten 1997a/b/c; Roebroek c.s., 1998; Aufdemkampe 2000). Maar tevens bleek dat er vrijwel geen literatuur beschikbaar was over de specifieke hoofdvragen van dit onderzoek. Ook over allochtone patiënten (migranten, etnische minderheden e.d.) in de fysiotherapie is nauwelijks iets bekend, zoals ook andere onderzoekers reeds hebben geconstateerd (Aufdemkampe c.s., 2000, p.1 e.v.; Van der Flier, 2000, p.8-21).

Over fysiotherapiepatiënten in sociaal-economische achterstandswijken in de steden is eveneens weinig bekend. Met betrekking tot zoekleutels als 'werklust', 'werkbelasting', 'werkdruk' of 'zorgzwaarte' kon geen combinatie worden gemaakt met zowel 'achterstandswijken' als 'fysiotherapeuten' of 'fysiotherapie', die relevante literatuur verwijzingen opleverde. Verder bleek dat werklustmetingen in de fysiotherapie nog niet of nauwelijks hebben plaatsgevonden, al is er wel enige literatuur over stress en werkdruk bij fysiotherapeuten (De Vries en Hoogstraten, 1998, 2000; De Brauw, 1998). Ook is er enige literatuur over effecten van Sociaal-economische status (SES) op fysiotherapie-patiënten (b.v. Bosveld, Spaan en Sluijs, 1998).

De conclusie is dat er specifiek over achterstandsgebieden in relatie tot de werklust en werkdruk van fysiotherapeuten of tot fysiotherapiepraktijken dan wel (allochtone) patiënten vrijwel niets bekend is. Dit betekent dat alleen op indirecte wijze kennis kan worden opgedaan over de betekenis van werkdruk/werklust van fysiotherapeuten in achterstandswijken.

2.2 Secundaire analyse

2.2.1 Selectie gegevensbestanden

Ten behoeve van de tweede onderzoeksmethode - secundaire analyse- is in de eerste plaats onderzocht welke gegevensbestanden beschikbaar waren om een antwoord te kunnen geven op de vraagstelling. Daartoe is in eerste instantie gekeken of er gegevensbestanden zijn die direct of indirect gegevens bevatten over de extramurale fysiotherapie. Tevens moesten de bestanden niet al te gedateerd zijn. Als belangrijke praktische voorwaarde gold dat zowel de individuele fysiotherapeuten als de praktijken op postcodegebied geïdentificeerd kunnen worden. De reden is om vervolgens een toedeling te kunnen maken naar fysiotherapeuten werkzaam in achterstandsgebieden dan wel werkzaam in andere gebieden van Nederland. Ten slotte moesten er in die gegevensbestanden voldoende respondenten voor de achterstandsgebieden beschikbaar

zijn. Hetgeen in het algemeen betekent dat het relatief grote steekproeven moeten zijn. Zo mogelijk dienden de onderzoeken representatief te zijn voor de Nederlandse populatie van extramurale fysiotherapeuten of hun praktijken.

Er bleken drie gegevensbestanden geschikt voor verkenning van de vraagstelling. Zij voldeden tevens voor een belangrijke deel aan de gestelde voorwaarden. Deze bestanden zijn:

- De geanonimiseerde gegevens uit de landelijke Nivel-registratie van fysiotherapeuten (Hingstman c.s., 2000), in onderhavige studie aangeduid met *“Registratie fysiotherapeuten”*.
- De gegevens uit het onderzoek door Kersten, Van der Zee, Abrahamse en Sixma (1997a, b,c) naar de werkervaring en de toekomstverwachtingen van fysiotherapeuten, in het vervolg aangeduid met *“Fysiotherapeuten en toekomst”*.
- De gegevens uit het onderzoek door Pijnenborg c.s. (1998) naar een beperkingen van het aantal fysiotherapie sessies, aangeduid met *“Beperkende maatregel”*.

Bovengenoemde drie gegevensbestanden zullen nader worden toegelicht.

“Registratie fysiotherapeuten”

In deze registratie worden vrijwel alle extramuraal werkzame fysiotherapeuten tweejaarlijks geregistreerd (naar schatting 95% van alle extramurale fysiotherapeuten). In totaal zijn dat er in Nederland ruim 12.000 (Hingstman c.s. 2000). De registratie bevat een beperkt aantal gegevens over de achtergrondkenmerken van fysiotherapeuten (leeftijd, sekse, opleidingsjaar) en de praktijk (functie, aantal uren werkzaam, aantal maatschapsleden of medewerkers) en geografische spreiding (mate van stedelijkheid, provincie).

De meeste gegevens zijn vrijwel volledig, alleen het aantal gewerkte uren per week is slechts door de helft van de geregistreerden ingevuld (maar nog altijd door ruim 6000 fysiotherapeuten). De gegevens over patiënt- en niet patiëntgebonden tijd worden pas sinds 1 januari 2001 geregistreerd. Dit betekent dat dit gegeven ten tijde van het onderhavige onderzoek nog niet beschikbaar was. Dit houdt in dat de gegevens over patiëntgebonden tijd afkomstig zijn uit het onderzoek *“Fysiotherapeuten en toekomst”*.

Met behulp van de registratie van werkzame fysiotherapeuten kan onder meer bepaald worden hoe groot het aantal fysiotherapeuten is dat in achterstandsgebieden werkzaam is. De overige onderzoeksvragen kunnen slechts zeer ten dele worden benaderd met deze gegevens, want de inhoudelijke gegevens over de praktijk zijn erg beperkt.

Het onderzoek “Fysiotherapeuten en toekomst”

Het betreft hier een onderzoek van het Nivel in opdracht van de Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband (LVFD) naar het functioneren van intra- en extramurale fysiotherapeuten, hun opvattingen, toekomstverwachtingen, gezondheid en welbevinden (Kersten c.s., 1997a/b/c). Het onderzoek werd verricht in 1996 onder 334 extramurale en 380 intramurale fysiotherapeuten, waarvan voor het onderhavige onderzoek alleen de gegevens van de extramurale fysiotherapeuten werden gebruikt. De respons voor deze groep bedroeg destijds 58%. De groep is ‘in grote lijnen representatief’ (Kersten c.s., 1997a, p.83) voor zowel de steekproef als de totale groep van circa 12.000 geregistreerde extramurale fysiotherapeuten. Traceerbaar naar postcode waren hiervan uiteindelijk 273 extramurale fysiotherapeuten, waarvan er 20 in achterstandsgebieden werkzaam waren. Dit laatste aantal is tamelijk gering en kan de resultaten beïnvloeden. Maar omdat de oorspronkelijke groep respondenten als representatief kon worden beschouwd, kan aan significante verschillen mogelijk wel enige betekenis worden gehecht. Grotere aantallen respondenten uit achterstandsgebieden waren, statistisch gesproken, wenselijker geweest. Ook al omdat zij een minderheid onder de fysiotherapeuten vormen.

Niettemin kunnen met dit gegevensbestand enkele belangrijke onderdelen van de vraagstelling verkend worden. Onder de vele enquêtevragen uit dit onderzoek zijn vooral die vragen van be-

lang die betrekking hebben op onder andere de kenmerken van de praktijk (aantal uren werkzaam, aantal medewerkers, patiënt-gebonden tijd), kenmerken van de fysiotherapeuten (leeftijd, sekse, jaren werkzaam, aantal banen gehad, e.d.), hun meningen (aanzien, aantrekkelijkheid beroep, plezier in het werk, e.d.), hun toekomstverwachtingen (over vijf jaar nog in het beroep, verwachte behoefte aan fysiotherapie), hun gezondheid (subjectieve beoordeling), hun vermoeidheid (aandacht weg, moeite met werk, e.d.), mentale stress (mentaal uitgeput, zorgen, gefrustreerd door werk, e.d.) en ondersteuning door omgeving (collega's, leidinggevende). Daarnaast zijn er enkele vragen opgenomen naar kenmerken van patiënten (onderlinge verstandhouding en waardering) en hun gedrag (geweld en bedreigingen door patiënten). Veel van de enquêtevragen lijken relevant voor het toetsen van de vraagstelling. Immers, als het werk zwaarder zou zijn in achterstandsgebieden, dan zou dit hier duidelijk naar voren moeten komen met significante verschillen in de antwoorden. Maar het geringe aantal respondenten laat hier wel enige ruimte over voor onzekerheid over zulke uitkomsten.

Het onderzoek "Beperkende maatregel"

Dit onderzoek werd verricht naar aanleiding van de vraag over verwachte gevolgen van de 'Beperkende maatregel'; dat wil zeggen een beperking van het aantal zittingen fysiotherapie tot 9, met de mogelijkheid voor sommige patiënten tot een uitbreiding naar 18. Daartoe hebben fysiotherapeuten en oefentherapeuten (Cesar en Mensendieck) in 1997 verspreid over het hele land een aantal belangrijke gegevens geregistreerd over de behandeling van hun patiënten (Peijnenborg c.s. 1998, 13-15). Per patiënt werd op verschillende momenten bij de behandeling een vragenlijst ingevuld. De resultaten geven vooral een beeld van de kenmerken van de patiënten en hun behandeling. Er zijn geen gegevens over de fysiotherapeuten, anders dan hun mening over en ervaringen met de patiënten. Alleen de patiënten die door fysiotherapeuten werden behandeld zijn hier geselecteerd (geen Cesar of Mensendieck-patiënten). Het aantal patiënten is aanzienlijk (ruim 4.500) en het aantal patiënten dat praktijken in achterstandsgebieden bezocht, redelijk omvangrijk (ruim 400), zodat statistische toetsing van de verschillen tussen patiënten uit deze wijken met die van elders, hier tot de mogelijkheden behoorde. Het gegevensbestand bevat tamelijk unieke en redelijk recente patiënt-gegevens die als relevant voor het onderhavige onderzoek kunnen worden beschouwd: kenmerken van patiënten (leeftijd, sekse, opleidingsniveau, werkzaamheden), kenmerken van de verzekering van de patiënt (ziekenfonds of anders, soort pakket, verwijzing, vergoeding behandeling), kenmerken van klachten, stoornissen en symptomen, kenmerken van de behandeling (behandeldoelen) en beoordeelde resultaten van de behandeling.

De verschillen tussen patiënten en hun behandeling in achterstandsgebieden in vergelijking met elders, kunnen hiermee worden getoetst en kunnen aan beantwoording van de vraagstelling bijdragen, zij het onder enkele assumpties en voorwaarden.

2.2.2 Onvolkomenheden van de gegevensbestanden

Bovengenoemde gegevensbestanden bevatten mogelijkheden om meer of minder direct bij te dragen aan de beantwoording van de vraagstelling. Gelijktijdig hebben de drie bestanden aanzienlijke beperkingen. De "*Registratie fysiotherapeuten*" is wat de aantallen extramurale fysiotherapeuten betreft, uitgebreid en volledig, maar bevat weinig vragen die zijn toegesneden op het onderhavige onderzoek; het "*Fysiotherapeuten en toekomst*"-onderzoek bevat veel relevante vragen, maar weinig respondenten in achterstandsgebieden; het onderzoek "*Beperkende maatregel*" bevat alleen gegevens over behandeling en patiënten. Met geen van de gegevensbestanden kan separaat de vraagstelling volledig en statistisch bevredigend beantwoord worden. Bij gebrek aan een dergelijk compleet gegevensbestand zijn ze wel bruikbaar, want samen kunnen ze wel enige verkennende gegevens opleveren voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Een andere beperking is dat alle gegevens afkomstig zijn van de fysiotherapeuten zelf. Zowel bij de registratie als de beide andere onderzoeken zijn de formulieren door de fysiotherapeuten ingevuld. Onafhankelijke waarneming heeft niet plaatsgevonden. De registratie van fysiotherapeuten is deels in hun eigen belang en zal doorgaans (behoudens de vraag over het aantal uren

per week arbeid) tamelijk nauwkeurig zijn ingevuld. De gegevens over de patiënt in het *Beperkende maatregel*-onderzoek zijn door de fysiotherapeut per patiënt ingevuld. Deze gegevens zijn mogelijk ook nauwkeuriger dan wanneer alleen een mening of ervaring 'in het algemeen' over patiënten zou zijn gevraagd.

De indeling in achterstandsgebieden, die nog wordt besproken, kent een aanname die wellicht voor discussie vatbaar is, namelijk dat de praktijken in de achterstandsgebieden overeenkomen met de doelgroep van patiënten uit dat gebied, meestal een 'wijk'. Patiënten behoeven niet altijd in die wijk te wonen, al ligt dit voor het merendeel van de patiënten wel voor de hand. Maar verwijzingen van huisartsen en specialisten en lokale geografische overwegingen kunnen er toe leiden dat patiënten van buiten de achterstandswijk in de praktijk terecht komen. Dat is niet altijd een probleem, want de aangrenzende wijk is vaak ook een achterstandswijk, vooral in de grote steden, zij het soms wat minder uitgesproken. Alleen fysiotherapeuten weten waar hun patiënten vandaan komen en dergelijke gegevens zijn niet openbaar. Bij gebrek aan beter geldt ook hier dat dit het enige praktische criterium is dat beschikbaar is.

2.2.3 Toetsing verschillen

De analyse van de gegevensbestanden vond plaats door middel van toetsing van de verschillen tussen de kenmerken van fysiotherapeuten, praktijken en patiënten uit achterstandsgebieden (AG) met die uit de overige gebieden, of wel de rest van Nederland (RvN). Hiertoe werden de antwoorden van de respondenten gegroepeerd naar achterstandsgebieden en de rest van Nederland en de verschillen statistisch getoetst. Voor antwoorden met ordinale of intervallscategorieën werd het verschil tussen de groepen statistisch getoetst met variantie-analyse (of Anova) en voor nominale categorieën door middel van de Chi-kwadraat toets. In de bijlagen (I, II en III) worden de resultaten voor alle relevante vragen weergegeven, waarbij de significantie van de toets vermeld wordt (van de statistische Anova F-test, respectievelijk de Chi-kwadraat). In de tekst worden alleen de belangrijkste resultaten en tendensen vermeld en verwezen naar de corresponderende testcodes (letter plus cijfer) in de bijlagen.

2.3 Het conceptuele model

Eerst worden de kernbegrippen zorgzwaarte, werklast en achterstandsgebieden toegelicht en vervolgens de relaties tussen deze begrippen via een werkmodel.

2.3.1 Definities

Voor deze studie is het van belang om een aantal kernbegrippen nader te omschrijven, mede op grond van definities, die - voor zover beschikbaar - ontleend worden aan de onderzoeksliteratuur. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden naar de vraag- en aanbodzijde van de zorg. Voor de vraagzijde komt het begrip zorgzwaarte in aanmerking, voor de aanbodkant het begrip de werklast. Verder wordt het begrip achterstandgebied toegelicht, dat eveneens een grote rol in deze studie speelt.

Zorgzwaarte

Over het begrip zorgzwaarte in de fysiotherapie is in de literatuur weinig te vinden. Het onderscheidt zich van het veel gebruikte begrip zorgbehoefte doordat het tevens een weging naar de zwaarte bevat. Bovendien gaat het meer om de (veelal medisch geïndiceerde) noodzakelijke zorg, dan om de al of niet gegronde wensen van de patiënten.

De zorgzwaarte zou omschreven kunnen worden als *"het geheel aan inspanningen dat vereist is voor de uitvoering van de desbetreffende en noodzakelijke zorg"*. Dat lijkt veel op de (hierna volgende) definitie van werklast, maar het onderscheidt zich doordat het de vraagkant - van de patiënten - vertegenwoordigt, terwijl de werklast de aanbodkant - van de te verlenen zorg - weergeeft. Hierbij speelt vergelijking een rol, want zorgzwaarte is een relatief begrip. De zorg-

zwaarte voor de ene groep patiënten kan immers verschillen van die van een andere groep, afhankelijk van bijvoorbeeld de diagnose: een ernstiger aandoening kan een intensievere en meer energie-kostende behandeling vereisen van fysiotherapeuten.

De zorgzwaarte kan zowel objectieve als subjectieve aspecten hebben alsmede objectief of subjectief bepaald worden. De objectief meetbare zorgzwaarte kan bijvoorbeeld bestaan uit een aantal vastgestelde kernactiviteiten met normtijden/normsessies voor behandeling; de subjectieve uit de zwaarte die fysiotherapeuten hierbij ervaren, en die niet meteen met de objectieve overeen hoeft te komen.

Werklast

Een eenduidige definitie van werklast in de fysiotherapie ontbreekt eveneens. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat naar de werklast van fysiotherapeuten nog weinig onderzoek is verricht, zoals Griffioen c.s. opmerken (1999, p.54; zie ook Groenewegen, 1985, p.145 e.v.).

Er bestaat wel een norm, een zo geheten normwerkbelasting, die op 3.680 zittingen per jaar is gesteld (bij COTG-tarief van 1997; De Groot c.s. 1999, p.4). Dit wordt echter een fictieve norm genoemd, omdat de doorsneepraktijk op gemiddeld 3.280 zittingen per Fte zou liggen. Het *aantal zittingen* wordt daarmee impliciet gekoppeld aan de werklast en het inkomen, maar dit hoeft niet de enige, of een voldoende valide indicator ervan te zijn.

We kunnen daarom alleen een definitie afleiden van bestaande voorbeelden elders. Dat is overigens geen eenvoudige opgave want volgens Van der Windt c.s. (1997) worden deze begrippen en definities niet eenduidig gebruikt. Werklast wordt bijvoorbeeld als synoniem met werkbelasting beschouwd, terwijl gelijktijdig sommige definities van hetzelfde begrip weer uiteenlopen.

Van der Velden c.s. (1998, p.15) definiëren de totale werklast bij radiologen als *alle activiteiten die een radioloog moet uitvoeren om als radioloog werkzaam te zijn*. Deze ruime definitie verwijst mede naar de professionele opdracht van de betrokkene, dat wil zeggen de aanbodzijde van de zorg.

In andere definities is tevens sprake van een verband met de inhoud van de werkzaamheden of het tijdsbestek waarbinnen deze moeten worden afgerond. Zo komen Van der Windt c.s. (1997, p.156) tot de volgende omschrijving van werklast in de verpleging: *'Het begrip werklast verwijst naar objectieve gegevens, de hoeveelheid werk en de tijd die daarvoor nodig is of verhoudingsgetallen: de verhouding tussen de hoeveelheid werk in tijd en de beschikbare verpleging/verzorging, of, nog breder, de verhouding tussen de hoeveelheid (in tijd), aard en kwaliteit van het werk en de hoeveelheid (in tijd) en kwaliteit van de beschikbare verpleging en verzorging.'* De verhouding in werkzaamheden/tijd vertoont overeenkomsten met de definitie van werkdruk.

Bezien we de verschillende definities, dan kunnen de volgende aspecten van werklast worden onderscheiden:

Werkduur

In de meeste gevallen is bij werklast sprake van een kwantitatief bepaalde werkduur. De duur van de werktijd in uren per week en in minuten per behandeling speelt bij de benadering van Van der Velden c.s. (1998) empirisch een grote rol. Hierbij is ook de zo geheten norm-praktijk-behandeling van 27,6 minuten per behandeling van belang, zoals gehanteerd door de zorg-verzekeraars (CTG-normen; N.B. Griffioen c.s. 1999, p.57 noemen 23 minuten). Dat blijkt de praktijk niet altijd te dekken, want in werkelijkheid zou gemiddeld 35 minuten besteed worden (De Groot c.s., 1999, p.5). Ook het hierboven genoemde aantal zittingen per jaar vormt een kwantitatieve benadering van de werklast.

Directe en indirecte werklast

De werkduur wordt daarbij nog eens onderscheiden in verschillende activiteiten: direct en indirect patiëntgebonden activiteiten en niet-patiëntgebonden activiteiten (Van der Velden c.s. 1998, p.15). Een soortgelijke indeling komen we ook tegen bij Bijlsma c.s. (1998, zie Griffioen 1999, p.54) in een onderzoek naar de werklast van fysiotherapeuten in ziekenhuizen.

Zo kan een direct patiëntgebonden activiteit worden beschouwd als de tijd die een fysiotherapeut aan de patiënt besteed in het bijzijn van de patiënt (diagnostiek, communicatie, behandeling), terwijl indirect patiëntgebonden activiteiten weliswaar te maken hebben met de patiënt (overleg met anderen of administratie b.v.), maar niet de aanwezigheid van de patiënt vereisen. Als niet-patiëntgebonden activiteiten worden beschouwd activiteiten die nodig zijn om te functioneren als fysiotherapeut, zoals bijscholing, vakkenis op peil houden, collegiaal overleg over de praktijk of managementtaken. Nevenfuncties, zoals activiteiten voor een professionele vereniging vallen buiten de definitie bij Van der Velden c.s.

Objectieve en subjectieve werklast

In het algemeen zal werklast als een objectief gegeven worden beschouwd. Niettemin kan er ook sprake zijn van ervaren werklast, die meer subjectief van aard is. Van der Windt c.s. (1997) spreken bijvoorbeeld van fysieke en psychische werklast, waarbij de fysieke, de feitelijke objectieve werklast is, en de psychische, de ervaren werklast. Dezelfde 'objectieve' werklast kan immers verschillend worden ervaren, mede afhankelijk van de persoonlijke beleving, draagkracht, mogelijkheden en instelling. Ondanks het subjectieve element, kan ervaren werklast ook van belang zijn, omdat niet alles zuiver objectief te meten is. Inhoudelijk zware activiteiten worden er mogelijk beter mee benaderd dan uit bijvoorbeeld een feitelijke tijdsbesteding zou kunnen blijken.

Ook kan men zich afvragen hoe objectief werklast wordt vastgesteld. Zuiver meten is vaak te omslachtig of te tijdrovend en veelal wordt het dan aan de betrokkene gevraagd. Dat kan een subjectieve vertekening element opleveren, zoals een verschil tussen de werkelijke en geschatte tijd besteed aan, bijvoorbeeld, patiëntgebonden activiteiten.

Indicatoren

Een andere benadering is die door middel van indicatoren, meestal van kwantitatieve aard. Hutten (1998) onderscheidt bijvoorbeeld bij de werklast van huisartsen drie activiteiten, die samen de werklast indiceren: het aantal consulten, het aantal huisbezoeken en het aantal telefoontjes (van patiënten). Deze patiëntgebonden activiteiten komen ook bij fysiotherapeuten voor. Op dezelfde wijze kan men natuurlijk nog andere onderscheidingen maken, zoals naar type behandeling of type patiënt (naar leeftijd of de ernst van de aandoening).

Werkdruk

Waar de werklast in belangrijke mate een objectief criterium is, daar wordt de werkdruk als subjectief beschouwd (Verheij c.s., 1998, 27). Hierbij wordt gedacht aan de beleving van, dan wel de ervaring met werkdruk.

Werkdruk kan gezien worden als een minimale hoeveelheid inspanningen of activiteiten die nodig is voor het adequaat uitvoeren van het werk, in verhouding tot de tijd die daarvoor beschikbaar is. Ook deze definitie lijkt op die van de werklast, maar werkdruk onderscheidt zich doordat 'druk' expliciet verwijst naar te weinig tijd voor de uit te voeren activiteiten. Daarbij kunnen ook subjectieve oordelen meespelen, soms afhankelijk van de positie die men inneemt. Het is overigens wel denkbaar dat werkdruk - op objectieve wijze gemeten - kan worden vastgesteld of overeengekomen. Een dergelijke indicator is echter vooralsnog niet beschikbaar. De werkdruk speelt in deze studie, wegens gebrek aan empirische gegevens slechts een zeer bescheiden rol. Mogelijke gevolgen van werkdruk, stress en vermoeidheid als gevolg van het werk, onder meer door te weinig beschikbare tijd, komt wel aan de orde.

2.3.2 Achterstandsgebieden

Het begrip achterstandsgebied speelt in deze studie een belangrijke rol en wordt daarom uitgebreid toegelicht. Dit begrip heeft in deze studie te maken met sociaal-economische achterstanden van de bewoners van het gebied. Voor professionals als huisartsen waarvan de patiëntenpopulatie tamelijk gebiedsgebonden is, kunnen er door dergelijke verschillen ook verschillen in het aantal 'achterstandspatiënten' in de praktijken voorkomen. Deze verschillen kunnen een verband met de zwaarte van het werk inhouden (Verheij c.s. 1998). Als zodanig kan het ook voor fysiotherapeuten van belang zijn onderscheid naar achterstandsgebieden te maken, waarvoor mogelijk verschillen in werklast of zorgzwaarte kunnen bestaan.

Verheij c.s. (1998) laten vier methoden de revue passeren, waarbij achterstandsgebieden worden bepaald die relevant zijn voor enkele beroepsgroepen (de politie, onderwijs, huisartsen in Engeland en in Nederland). Voor iedere beroepsgroep blijken verschillende aspecten van belang te zijn. Zo werd bij de werkdruk voor de politie als criteria voor de ernst van de criminaliteit genoemd: de 'woningdichtheid', het aantal buitenlanders/allochtonen, horecapersoneel, jongeren onder de 20 jaar en het aantal werkzoekenden.

In het basisonderwijs werd het voorraangsbeleid (later onderwijs-achterstandsbeleid geheten) gebaseerd op onder meer het aantal kinderen van Nederlandse laaggeschoolde handarbeiders, het aantal schippers- en woonwagenkinderen en het aantal kinderen uit een niet-Nederlandse cultuur met laaggeschoolde ouders.

Huisartsen

In Engeland werd de Jarman-index ontwikkeld voor huisartsen in achterstandgebieden. Het ging om gebieden met veel alleenstaande ouderen, veel 0-4 jarigen, laag sociaal-economische groepen, veel werkloosheid, éénuoudergezinnen, te kleine huizen, grote verhuismobiliteit en veel allochtonen. Een cumulatie van deze kenmerken leidt tot hogere scores op de Jarman-index. Een soortgelijke systematiek voor huisartsen in Nederland werd ontwikkeld op basis van statistieken over stedelijkheid en inkomen. Dit leidde tot een lijst van 88 postcodegebieden (Verheij c.s., 1998).

De uiteenlopende criteria voor het bepalen van achterstand wijzen er op dat het moeilijk blijkt te zijn om een algemeen aanvaardbare definitie van achterstandsgebied op te stellen en te operationaliseren. Maar ook de methoden om tot een praktische uitwerking te komen van het begrip achterstandsgebied zijn volgens Verheij c.s. (1998, 27-28) voor kritiek vatbaar. Hoewel ze soms direct uit onderzoek werden afgeleid, zijn de keuzen voor de gebruikte criteria soms ook beïnvloed door andere aspecten zoals praktische overwegingen, door een politiek proces, door een subjectieve meting van werklast, dan wel door de soms arbitraire weging van de verschillende criteria.

Zij stelden dat de criteria moesten voldoen aan een aantal vereisten. Zo moest de systematiek eenvoudig zijn en bruikbaar voor geheel Nederland. Verder moest het systeem periodiek bijgesteld kunnen worden. De kenmerken van de praktijkpopulatie die tot een opeenstapeling van werklast verhogende factoren leiden, moest erin tot uitdrukking komen en de gebruikte gegevens moesten een bewezen relatie tot de gezondheid van de patiënten hebben.

Voor huisartsenpraktijken in Nederland werd aanvankelijk een index samengesteld uit een criterium voor de mate van stedelijkheid en een 'achterstandscriterium', dat was gebaseerd op het gemiddeld inkomen en het percentage uitkeringsontvangers (Verheij 1998, 124). Postcodegebieden die een bepaalde waarde van deze index overschreden, werden als achterstandsgebied aangewezen. Aldus kwam men op de lijst met 88 postcodegebieden, die als achterstandsgebieden voor huisartsen gingen gelden. Huisartsen ontvingen sindsdien een toeslag voor iedere patiënt woonachtig in een desbetreffend postcodegebied.

Maar het systeem stuitte op bezwaren van huisartsen die onder meer stelden dat er bepaalde gebieden ontbraken omdat het percentage allochtonen als criterium ontbrak, terwijl achterstand ook buiten de grote steden een rol kan spelen. De samenstellende criteria voor achterstandsgebieden werden daarop aangepast, onder meer op basis van het onderzoek van Verheij c.s. (1998).

De nieuw geconstrueerde achterstandsgebieden bevinden zich overwegend in de grote steden, maar daarnaast komen ook middelgrote steden voor en soms meer landelijke gebieden. In het algemeen gaat het om gebieden met veel allochtonen of andere groepen met een sociaal-economische achterstand (zie Bijlage IV, lijst met 155 postcodegebieden).

Fysiotherapeuten

Het gebruik van de achterstandsgebieden die voor de huisartsen zijn gebruikt lijkt om de volgende redenen ook aantrekkelijk voor fysiotherapeuten:

- De lijst van 155 postcodegebieden met een sociaal-economische achterstand is direct beschikbaar en hoeft niet meer ontwikkeld te worden;
- Er is inmiddels door onderzoek enige bekendheid met de kenmerken van de patiëntenpopulatie in deze gebieden, zowel op sociaal-economisch gebied als op het gebied van de gezondheid (Verheij c.s., 1998);
- De praktijken van huisartsen en fysiotherapeuten verschillen weliswaar (huisartsenpatiënten zijn mogelijk meer gebiedsgebonden), maar vertonen ook belangrijke overeenkomsten: dat wil zeggen het betreft de niet meest gezonde mensen en mensen met aandoeningen.

Voor een vergelijking van de patiënten van fysiotherapeutenpraktijken in achterstandsgebieden met die van elders lijkt de huisartsenindeling van zulke gebieden vooralsnog voldoende bruikbaar voor een verkenning van de vraagstelling. Voor de onderhavige studie waren er in elk geval geen faciliteiten beschikbaar om zulke gebieden apart voor fysiotherapeutenpraktijken te bepalen. Dat wil overigens niet zeggen dat daarvoor geen noodzaak zou kunnen bestaan. Daarvoor zou apart onderzoek uitgevoerd moeten worden, met als motivatie dat praktijken van huisartsen en fysiotherapeuten elkaar niet geheel overlappen.

Voor onderhavige studie is echter als uitgangspunt gekozen dat huisartsen en fysiotherapeuten die in achterstandswijken werken globaal met een deels vergelijkbare populatie patiënten te maken hebben, althans patiënten met dezelfde, beperkte sociaal-economische perspectieven.

Ten behoeve van de operationalisatie zijn in de drie gegevensbestanden twee groepen gecreëerd op basis van de geografische vestiging van de fysiotherapeuten, namelijk binnen of buiten de 155 postcodegebieden. Deze postcodegebieden zijn ten behoeve van de huisartsen volgens de uitgebreide versie van 1998 aangemerkt als achterstandsgebied (zie bijlage IV). Hierbij heeft dus ook het criterium percentage allochtonen een rol gespeeld. De beperkingen van deze indeling voor fysiotherapeuten is eerder besproken. Fysiotherapeuten, praktijken en patiëntengroepen uit achterstandsgebieden worden aangeduid als (AG) en als ze uit de rest van Nederland komen als (RvN).

Er zijn vervolgens statistische tests uitgevoerd om aan te tonen of er verschil bestaat tussen beide groepen op een bepaald, vermeld kenmerk. De testresultaten zijn in de bijlagen I-III vermeld. Sommige variabelen komen tweemaal voor, eenmaal met gemiddelden en soms ook met percentages. Meestal worden alleen de meest relevante resultaten voor de vraagstelling besproken (significant of juist niet).

Iedere test heeft een unieke codering gekregen in de bijlagen, die in de tekst zal worden aangehaald (letter plus cijfer: R voor *Registratie fysiotherapeuten*, T voor onderzoek *Fysiotherapeuten en toekomst* en B voor onderzoek *Beperkende maatregel*).

2.4 Werkmodel

Omdat de vraag naar een grotere zorgzwaarte en werklast voor fysiotherapeuten in achterstandsgebieden niet direct met het beschikbare materiaal kan worden beantwoord, zal de beantwoording vooral op indirecte wijze moeten plaatsvinden.

Allereerst is de vraag of er verschillen bestaan tussen de kenmerken van praktijken binnen en buiten achterstandsgebieden (AG's). Zonder dergelijke aantoonbare verschillen kan er immers geen effect van achterstand bestaan.

Gelijktijdig is van belang of dergelijke verschillen in de richting gaan, dan wel wijzen op een grotere zorgzwaarte, werklast of werkdruk bij fysiotherapeuten. Eventuele verschillen kunnen immers ook in tegengestelde richting gaan.

Voor de duidelijkheid bij het weergeven van resultaten zal daarom de vraagstelling als *werkhypothese* voor de toetsingen worden geformuleerd, die zowel het verschil als de bedoelde richting ervan inhoudt. Deze werkhypothese luidt:

- *De zorgzwaarte en werklast van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden (AG's) is groter dan die in de rest van Nederland (RvN).*

De resultaten zullen derhalve beoordeeld worden als steun aan de werkhypothese, dan wel als in strijd daarmee.

Vanwege het vaak indirecte karakter van het beschikbare materiaal is bovendien een weging van de beoordeling van belang, omdat het om een reeks van kenmerken of ervaringen gaat, waarbij slechts een enkel positief resultaat anders moet worden beoordeeld dan een hele reeks positieve, significante verschillen, terwijl daarbij sommige kenmerken ook veel zwaarder wegen dan andere. Enige interpretatie van de resultaten is daarom onvermijdelijk.

De beschikbare gegevens zijn in te delen zijn in de volgende typen:

- (1) kenmerken van de *patiënten* van fysiotherapeuten,
- (2) kenmerken van *fysiotherapiepraktijken*, en
- (3) kenmerken van ervaringen en meningen van *fysiotherapeuten*.

De zorgzwaarte kan ontleend worden aan de patiëntengegevens en de werklast aan de gegevens van fysiotherapeuten of hun praktijken. Daarmee ontstaat de mogelijkheid een tot nog toe impliciet causaal verband exploratief te toetsen, namelijk:

- *Een grotere zorgzwaarte leidt tot een zwaardere werklast.*

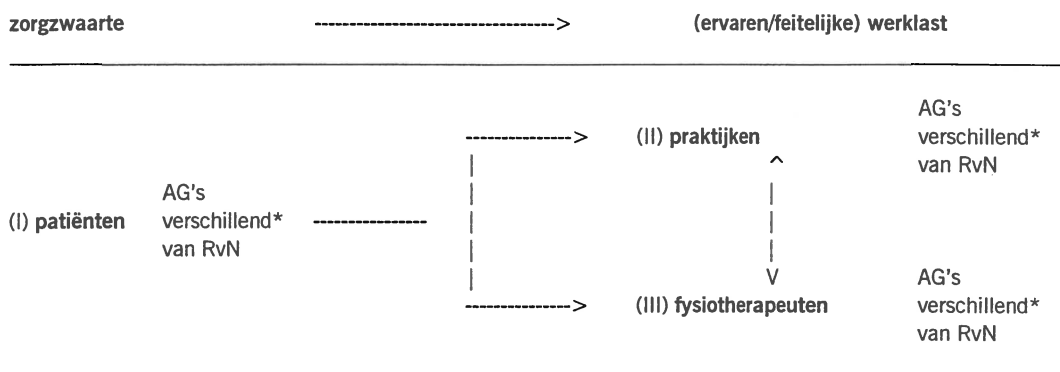
De drie typen gegevens kunnen dan samen het volgende *werkmodel* vormen:

De patiëntenpopulaties in achterstandsgebieden (I in schema 2.1) verschillen van die in de rest van Nederland. Zij hebben ernstiger aandoeningen en vertegenwoordigen een grotere zorgzwaarte, waardoor (III) zij een extra inspanning van fysiotherapeuten vereisen, hetgeen zijn weerslag kan hebben op de werklast van fysiotherapeuten in de achterstandsgebieden.

Gelijktijdig kan (I) een verschil tussen patiënten in achterstandsgebieden en de rest van Nederland een reden zijn dat er (II) ook een verschil optreedt in de kenmerken van de praktijken, omdat deze aan de omstandigheden worden aangepast. Men gebruikt geregeld de tolkentelefoon, bijvoorbeeld, waardoor stelselmatig er meer tijd in de communicatie gaat zitten.

Dat laatste wordt echter ook door (III) de fysiotherapeuten zelf geregeld zodat tussen praktijk en fysiotherapeuten ook een wederzijdse interactie bestaat (II->III, maar ook III->II; dit zal niet nader onderzocht worden, omdat het evident is dat fysiotherapeuten hun praktijken deels aan hun wensen kunnen aanpassen, relatie III->II, en ook dat de organisatie van de praktijk de fysiotherapeuten kan beïnvloeden; bovendien is het voor de vraagstelling van deze studie voldoende als relaties I->II en I->III worden onderzocht).

Schema 2.1: Werkmodel analyse fysiotherapie en achterstandsgebieden



AG = achterstandsgebied;
RvN = rest van Nederland;
* = significant verschillend (of niet).

Voor een sluitende redenering ten aanzien van de onderzoeksvraag is in de eerste plaats van belang dat er verschillen bestaan tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland voor zowel (I) de patiënten als de (II) praktijken, als het gaat om het causale verband tussen patiënten en praktijken, en voor zowel (I) de patiënten en (III) de fysiotherapeuten bij het verband tussen patiënten en fysiotherapeuten.

De verschillen dienen ook inhoudelijk te corresponderen. Bijvoorbeeld, indicatoren van een grotere zorgzwaarte bij patiënten dienen in verband gebracht te kunnen worden met indicatoren van een grotere, ervaren zorgzwaarte bij fysiotherapeuten (fysieke of psychische vermoeidheid), of van een grotere werklust (meer gewerkte uren) als gevolg van de aanpassing aan de kenmerken van de patiëntenpopulatie.

Als er wel een verschil optreedt bij de patiënten, dat wijst op een grotere zorgbehoefte en zorgzwaarte, maar als er geen verschil bestaat bij de praktijken of bij de fysiotherapeuten, dan is een causaal verband minder aannemelijk. De patiënten in achterstandsgebieden vereisen dan mogelijk door hun ernstiger aandoeningen wel een intensievere behandeling, maar desondanks heeft dit weinig invloed op de praktijken of fysiotherapeuten. Pas wanneer zowel bij patiënten en praktijken, dan wel bij patiënten en fysiotherapeuten significante verschillen optreden, dan is een vorm van causaliteit mogelijk.

Echter, het bestaan van bedoeld causaal verband kan niet met het beschikbare materiaal worden *aangevoeld*. Daarvoor is nieuw en ander onderzoek nodig. Het verband kan wel tot op zekere hoogte worden *beredeneerd* en aannemelijk worden gemaakt op basis van de gevonden verschillen. Waar geen verschillen tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland gevonden worden, zal in het algemeen ook de causale redenering niet op kunnen gaan. In dit opzicht kan het model eerder uitsluiten dan bevestigen, maar dat is inherent aan de beperkte mogelijkheden van het beschikbare materiaal. Bij bevestiging van verschillen kan een causaal verband vooralsnog wel voor mogelijk worden gehouden. Dan is nader onderzoek vereist om hierover wetenschappelijk verantwoord bewijs te verkrijgen.

3 LITERATUURVERKENNING ZORGZWAARTE EN WERKLAST

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van een verkenning van de literatuur op het terrein van zorgzwaarte en werklast van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden.

3.1 Zorgzwaarte

3.1.1 Sociaal-economische achterstand

Bosveld c.s. (1998, S23) deden onderzoek onder 84 fysiotherapeuten en 1.837 patiënten. Zij vonden een interactie tussen de verwachtingen van fysiotherapeuten en de sociaal-economische status (SES) van patiënten, en wel ten aanzien van het te verwachten ziekteverloop, de medewerking en de tijd die aan de patiënt werd besteed. Dit effect bleef bestaan ook na het controleren van factoren als leeftijd en de mate van gezondheid. De SES was positief gerelateerd met de verwachtingen van de patiënt over het herstel en negatief met de door patiënten gerapporteerde pijn en ervaren hinder van de beperking. Hoe hoger de SES, hoe meer vragen er werden gesteld aan de fysiotherapeut. Geconcludeerd werd dat de resultaten mogelijk wijzen op verschillen in aantal therapeutische sessies afhankelijk van de SES van de patiënt.

Ook eerder onderzoek (Zuijderduin c.s. 1995; Rijken c.s. 1996) wees op meer fysiotherapie sessies voor personen met een lage SES en laag opleidingsniveau. Achterstandspatiënten met weinig opleiding zouden gemiddeld 15 sessies krijgen, hoog-opgeleide gemiddeld 10, met een bijna lineair verband daartussen. Dit kan overigens ook wijzen op een slechtere gezondheidstoestand, aangezien ouderen, niet-werkzamen en recidiverende patiënten met ernstiger klachten een langere behandeling krijgen. Hetzelfde geldt voor ziekenfondspatiënten in vergelijking met particuliere patiënten.

Het percentage laag opgeleide patiënten (geen onderwijs, basisonderwijs of LBO) behandeld door fysiotherapeuten is hoger dan in het algemeen in de Nederlandse bevolking; het omgekeerde geldt voor hoog opgeleiden. Het omslagpunt ligt rond het Mavo-niveau (Rijken, 1996, 92). In achterstandswijken zou ook in het algemeen het gezondheidsniveau en de verwachte levensduur geringer zijn (Lubbers, 2000; Verheij c.s., 1998).

3.1.2 Allochtonen

Zoals reeds opgemerkt, is over de relatie fysiotherapie en allochtonen, die meer dan gemiddeld in achterstandswijken wonen, zeer weinig bekend (Aufdemkampe, 2000). De inventariserende en beschrijvende bijdrage van Van der Flier (2000) is een van de weinige op dit gebied. Fysiotherapeuten krijgen in hun praktijk met allochtonen te maken en wensen een eenvoudig recept voor de omgang en communicatie met allochtonen, aldus Van der Flier. Dat is moeilijk omdat er zoveel verschillende nationaliteiten en culturen zijn met verschillende gebruiken en gewoonten. Echter: 'fysiotherapeuten behandelen geen culturen, maar mensen' zo wordt gesteld, want uitgebreide kennis van culturen wordt minder van belang geacht dan mensenkennis.

Daarnaast is het belangrijk te weten wat de belangrijkste problemen zijn waar fysiotherapeuten mee te maken kunnen krijgen. Van der Flier noemt als belangrijkste:

- communicatieproblemen,
- de beperkte kennis bij allochtonen van de Nederlandse zorginstellingen en
- de beperkte kennis bij hulpverleners van specifieke problemen van allochtonen.

Zo kan de beperkte kennis van Nederlandse instellingen leiden tot een geringer gebruik daarvan. In een groot Rotterdams gezondheidsonderzoek onder ruim 2.300 Nederlandse en circa 600 buitenlandse leerlingen bleek inderdaad een verschil in het bezoeken van de fysiotherapeut (Stolwijk en Raat, 1991, 39; zie tabel 3.1). Etnische minderheden werden beduidend minder

vaak door een fysiotherapeut behandeld. Hierbij moet worden opgemerkt dat deze leeftijdsgroepen niet behoren tot die welke fysiotherapeuten het meest bezoeken. Veelal gaat het bij deze leerlingen om de behandeling van sportblessures.

Tabel 3.1: Percentage leerlingen dat zegt de laatste vijf jaar behandeld te zijn door een fysiotherapeut

Nederlands	16%
Kaap-Verdiaans	2%
Marokkaans	5%
Noordmediterraan	6%
Surinaams	7%
Antilliaans	8%
Turks	12%

Bron: Stolwijk en Raat, 1991.

De maatschappelijke status van allochtonen is nog vaak gering en wordt beïnvloed door de migrantenpositie die zij innemen. Zij komen veelal terecht in de oude wijken met een relatief hoge werkeloosheid of veelal laag-betaalde banen en ondervinden dan ook alle andere sociale problemen die hiermee samenhangen. Kortom, voor hen bestaat er een samenhang van achterstandskennmerken, die deels ook gebiedsgebonden is.

Overigens gaat het in desbetreffende achterstandswijken niet alleen om allochtonen, die in de grote steden in sommige wijken in de meerderheid zijn. Ook autochtonen met sociaal-economische achterstand komen daar voor. Maar ook over de mogelijke problemen die fysiotherapeuten ondervinden bij de behandeling van deze groepen is tot op heden vrijwel geen onderzoek beschikbaar.

Aannemelijk is dat naast de sociale problemen van zulke wijken ook meer specifieke kenmerken van allochtonen tot een 'extra investering' kunnen leiden (Van der Flier, 2000). Naast taalproblemen kan het ook gaan om lichaamsbeleving, gezondheidsopvattingen en therapietrouw (Sluijs c.s., 1998; Joshi, 1998) waar in andere culturen anders over gedacht wordt.

3.2 Werklast

3.2.1 Werkbelasting

Onderzoek naar werkbelasting van fysiotherapeuten ontbreekt vrijwel geheel. Om toch iets te kunnen zeggen over een mogelijk verband tussen werkbelasting en achterstandsgebieden zullen onderzoeksresultaten onder huisartsen aangehaald worden. De achterstandspatiënten van huisartsen zullen waarschijnlijk veel sociale kenmerken gemeen hebben met de achterstandspatiënten van fysiotherapeuten.

Verheij c.s. (1998, p.60-68) gingen het verband na van de werkbelasting van huisartsen in gebieden met uiteenlopende percentages 'achterstandspatiënten' (feitelijk werd het percentage ziekenfondspatiënten genomen), zowel overdag als tijdens avond- en nachtdiensten. Huisartsen beantwoordden de vragen over hun eigen praktijk die gevestigd was in gebieden zonder (0%) en met weinig (0-10%), veel (10-50%) en erg veel achterstandspatiënten (>50%). Onder deze patiënten werden significant meer allochtonen gevonden (met name Turken en Marokkanen), meer onvolledige gezinnen, langdurig werklozen, personen met een minimumuitkering, alcoholisten en drugsverslaafden. Maar er waren juist minder ouderen, anders dan men zou verwachten.

Er bleek in dit onderzoek een significant verband te bestaan tussen de belasting van huisartsen en het percentage achterstandspatiënten. In gebieden met achterstandspatiënten was vooral vaker sprake van taalproblemen, drugs- en alcoholverslaving, parkeerproblemen, problematiek van chronische psychiatrische patiënten, oneigenlijke hulpvragen en eisend gedrag van patiën-

ten. Ook het totaal aan problematische contacten vertoonde een significant en relatief sterk verband. In de avond- en nachtdiensten vertoonden zelfs alle indicatoren een significant verband, zoals de agressie van patiënten, de slechtere bereikbaarheid van andere hulpdiensten en de moeilijker te regelen ziekenhuisopnamen.

Dit alles doet vermoeden dat een achterstandspopulatie voor huisartsen meer en zwaarder werk met zich mee kan brengen, vooral bij taalproblemen en bij diverse gedragsdevianties van patiënten. Daarop wees ook een verband met de benodigde tijd voor het spreekuur per patiënt, die langer was bij achterstandspatiënten. Maar ook de vigerende problematiek suggereert een zwaardere belasting want bij achterstandspatiënten kwamen chronische psycho-sociale problemen, depressiviteit, ernstige chronische somatische aandoeningen en chronische psychiatrische aandoeningen vaker voor. Vooral in de avond- en nachtelijke uren waren er meer contacten met achterstandspatiënten: meer telefonische contacten, meer consulten en meer huisbezoeken. Dit alles leidde tot significant meer emotionele uitputting en een grotere, ervaren tijdsdruk bij huisartsen.

Het is daarom niet onwaarschijnlijk dat ook andere professionals dan huisartsen, zoals de fysiotherapeuten, bij een dergelijke patiëntenpopulatie een hogere werklast ervaren.

3.2.2 Werkstress

Er is een aantal onderzoeken uitgevoerd waarbij ervaren werkstress of werkdruk bij medische professionals (w.o. fysiotherapeuten) een rol speelde. Bij geen van deze onderzoeken is er echter een onderscheid gemaakt op grond van de achterstandskennmerken van het werkgebied dan wel de patiëntenpopulatie. De gevonden resultaten gelden dan ook alleen voor fysiotherapeuten in het algemeen, hoewel sommige kenmerken die met achterstandsgebieden samengaan wel van betekenis kunnen zijn, zoals verbanden met percentages allochtonen, met gebieden met veel werklozen, met bewoners van oude wijken e.d.

De Brauw (1998) deed onderzoek naar werkstress onder de vrije beroepen waaraan 387 medici en paramedici (w.o. fysiotherapeuten) en 359 niet-medici (notarissen, accountants, management consultants) deelnamen (zie tabel 3.2). Hogere percentages medici/paramedici bleken het bestaan als 'stressvol' te beschouwen dan niet-medici. Onder de medici en paramedici beschouwden de huisartsen hun bestaan als het meest stressvol, de specialisten als het minst, al waren de verschillen tussen de groepen medici niet heel groot. De ervaren stress van fysiotherapeuten (zeer stressvol: 48%) was wat lager dan die van de gemiddelde medicus/paramedicus (53%), en wat hoger dan die van de niet-medici (42%).

Tabel 3.2 Subjectieve werkstress en beroepsgroepen

	Medici/Paramedici			Niet-medici
	huisartsen	fysiotherapeuten	totaal	
Zeer stressvol	60%	48%	53%	42%
Behoorlijk stressvol	25%	16%	20%	19%
Niet erg stressvol	12%	32%	23%	34%
Weet niet	3%	4%	4%	5%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: De Brauw 1998.

Als zorgwekkend werd beschouwd dat een op de vijf medici of paramedici geen plezier in het werk zei te hebben (huisartsen: 23%, tandartsen 26%, fysiotherapeuten 18%), terwijl de niet-medici vaker zeiden 'vrijwel altijd' plezier in het werk te hebben dan medici (63 respectievelijk 56%). De niet-medici zouden ook vaker opnieuw hetzelfde beroep kiezen (85 respectievelijk 76%; fysiotherapeuten 73%). Medici en paramedici zeiden vaker te weinig tijd te hebben voor gezin, ontspanning en sociale contacten dan niet-medici, hetgeen ongetwijfeld verband houdt

met de langere werktijden van medici en paramedici (72% werkt langer dan 45 uur/week; niet-medici: 47% langer dan 45 uur/week).

Bijna tweemaal zoveel medici en paramedici dan niet-medici (47% respectievelijk 26%) waren ontevreden met hun honorering (onder fysiotherapeuten bedroeg dit 51%). De Brauw concludeerde dat de rationalisering van de gezondheidszorg eigenlijk een 'rigide bezuinigingsbeleid' was. Dit beleid heeft volgens hem geleid tot een ontoelaatbare verzwaring van de mentale werkdruk, die een gevoel van onrechtvaardigheid, machteloosheid en desillusie tot gevolg heeft en die mogelijk tot kwaliteitsverlies kan leiden. Dit geldt het meest voor de huisartsen en specialisten, aldus De Brauw, maar ook onder fysiotherapeuten lijkt een soortgelijke onvrede uit de gerapporteerde cijfers te spreken.

Uit het onderzoek "*Fysiotherapeuten kijken vooruit!*" (Kersten c.s., 1997a, p.86) werd in zijn algemeenheid gerapporteerd dat onder de minst aantrekkelijke aspecten van het beroep van fysiotherapeut de werkdruk de derde plaats inneemt; ruim 30 % van de extramurale fysiotherapeuten noemde dit aspect. Bij de intramuraal werkende fysiotherapeuten was dit percentage overigens veel hoger (een eerste plaats, en genoemd door ruim 40%).

De Vries en Hoogstraten (2000) vonden bij fysiotherapeuten een verband tussen burn-out (emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid) en werkstress, die gemedieerd werd door copingstrategieën: actieve 'coping' gaat burn-out tegen, maar werkstress bevordert juist burn-out.

Er werd, zoals reeds eerder opgemerkt, in de hierboven beschreven onderzoeken geen onderscheid gemaakt naar achterstandsgebied, waardoor onduidelijk blijft in deze publicaties of de werkdruk in achterstandswijken nu hoger of juist lager ligt (ook niet bij Kersten c.s., 1997c en De Vries en Hoogstraten, 1998 over gezondheid en burnout van fysiotherapeuten).

3.3 Conclusies

Het beperkte aantal onderzoeksresultaten uit de literatuurverkenning laat zich als volgt samenvatten:

1. Patiënten met lage opleiding en lage sociaal-economische positie zijn *oververtegenwoordigd* in fysiotherapiepraktijken. Zij vereisen mogelijk meer behandelingen en aandacht als gevolg van ernstiger of meer chronische aandoeningen. Dit kan een (indirecte) indicatie zijn van een grotere zorgzwaarte in achterstandsgebieden, waar dergelijke populaties patiënten ruimschoots aanwezig zijn.
2. Allochtonen zijn mogelijk juist *ondervertegenwoordigd* in fysiotherapiepraktijken, wellicht als gevolg van onbekendheid met Nederlandse instellingen, door hun sociaal-economische positie, door meer communicatieproblemen of wel door specifieke culturele opvattingen. Allochtonen zijn disproportioneel vertegenwoordigd in achterstandswijken, maar over hun aandeel in fysiotherapiepraktijken aldaar is verder niets bekend.
3. Er is één studie bekend waarin een effect van een achterstandspopulatie op de *werklast* van huisartsen werd geconstateerd. Over een dergelijk effect op de werklust van fysiotherapeuten is niets bekend.
4. In het algemeen ervaren fysiotherapeuten meer *werkstress* dan niet-medici, maar minder dan huisartsen en specialisten. Mogelijk kan dit in verband worden gebracht met de negatieve kanten van de ervaren werkdruk en de honorering. Hierbij is echter niets bekend over een eventuele relatie met achterstandsgebieden.

5. De geringe hoeveelheid onderzoek op het terrein van zorgzwaarte en werklust van fysiotherapeuten in achterstandswijken vertoont te veel lacunes voor duidelijke conclusies. Niet alle indicaties zijn bovendien eenduidig en wijzen zowel op over- als op ondervertegenwoordiging van achterstandskennmerken in achterstandswijken. Deze onduidelijkheid rechtvaardigt nader onderzoek op dit terrein.

4 FYSIOTHERAPIE IN ACHTERSTANDSGEBIEDEN

In dit hoofdstuk worden de eerste resultaten van de secundaire analyse weergegeven, te beginnen met de belangrijkste kenmerken van de achterstandsgebieden. Vervolgens zullen de patiënten, de fysiotherapiepraktijken en de individuele fysiotherapeuten in deze gebieden beschreven worden.

Ten aanzien van de achterstandsgebieden wordt eerst nagegaan of de indeling ook de veronderstelde kenmerken vertoont van verstedelijking en allochtone bevolking en daarmee empirisch voldoet aan de verwachtingen. Van de patiënten, praktijken en fysiotherapeuten wordt nagegaan hoeveel daarvan voorkomen op basis van de gebruikte definitie, van achterstandsgebieden (AG's) en in de rest van Nederland (RvN). Tot slot worden enkele persoonskenmerken van fysiotherapeuten beschreven.

4.1 Kenmerken van achterstandsgebieden

De achterstandsgebieden zijn, zoals eerder beschreven, ontleend aan de postcodegebieden die voor huisartsen zijn ontwikkeld (zie bijlage IV). Van deze gebieden is bekend dat de bewoners meer uit niet-actieven, ziekenfondspatiënten en allochtonen bestaan, dat er meer drugs- en alcoholproblemen voorkomen en diverse problemen die samenhangen met lastig gedrag van patiënten, dat wil zeggen problemen die tezamen de werklast van huisartsen verhogen (Verheij c.s., 1998, p.73, 126). In het algemeen blijken de ziekenfondsverzekerden in deze achterstandsgebieden ook een slechtere gezondheid te hebben met meer psychische klachten, chronische beperkingen en een minder goed ervaren gezondheid (Verheij c.s. 1998, p.88-89). Dat deze gebieden bewoners hebben die in het algemeen een sociaal-economische achterstand en een slechtere gezondheid hebben, behoeft nog niet te betekenen dat dit ook geldt voor fysiotherapiepraktijken die in dezelfde gebieden zijn gevestigd. Al is dat wel waarschijnlijk, het dient nog te worden aangetoond. Wellicht trekken zulke praktijken niet de doorsnee maar bijvoorbeeld (toevallig) de beter bemiddelde patiënten uit zulke wijken, of patiënten uit andere wijken met minder achterstand. Daarom wordt hier nader op de kenmerken van de achterstandsgebieden ingegaan, met behulp van de gegevensbestanden van fysiotherapeuten, hun praktijken en patiënten.

Uit de verdeling van fysiotherapeuten over achterstandsgebieden en de rest van Nederland blijkt dat ruim driekwart van de fysiotherapeuten in achterstandsgebieden inderdaad in 'zeer sterk stedelijke gebieden' werken. Dat wil zeggen ruwweg de vier grote steden, waar gemiddeld ook een hoog percentage allochtonen woont (13,5 %; zie tabel 4.1).

De fysiotherapeuten in de achterstandsgebieden onderscheiden zich daarmee van de rest van Nederland doordat zij inderdaad in een andere, sterk verstedelijkte omgeving met veel allochtone bewoners, werkzaam zijn. In dit opzicht lijkt de operationalisatie van achterstandsgebieden redelijk te voldoen.

Tabel 4.1: Relatieve verdeling van het aantal fysiotherapeuten naar stedelijkheid, uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Stedelijkheid	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2 AG-RvN	Percentage allochtoon
1. Zeer sterk stedelijk	15,4 %	76,7%	2.429		13,5%
2. Sterk	25,9%	20,1%	3.097		5,8%
3. Matig	23,2%	3,2%	2.633		3,7%
4. Weinig	21,7%	0%	2.444		1,9%
5. Niet stedelijk	13,8%	0%	1.552		0,8%
Totaal	100,0%	100,0%	12.155	p=.000***	5,7%

Test R19, bijlage I;

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland;

Percentage allochtoon = aandeel allochtone inwoners in postcodegebied.

Uit de verdeling naar provincie blijkt dat fysiotherapeuten die in achterstandsgebieden werkzaam zijn oververtegenwoordigd zijn in Zuid- en Noord-Holland, maar ook in Utrecht, Overijssel en Groningen. Daarentegen komen zij relatief weinig voor in Noord-Brabant, Gelderland en Limburg.

De verdeling van de percentages allochtonen loopt grotendeels parallel met die van de verdeling van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden. Met uitzondering van Flevoland waarin relatief veel allochtonen woonachtig zijn.

Tabel 4.2: Relatieve verdeling van het aantal fysiotherapeuten naar type gebied (AG of RvN) en provincie

Stedelijkheid	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2 AG-RvN	Percentage allochtoon
Groningen	3,1%	6,3%	401		2,4%
Friesland	3,3%	2,4%	390		1,5%
Drenthe	2,3%	0%	256		1,2%
Overijssel	6,5%	7,8%	804		4,6%
Flevoland	1,6%	0,2%	187		7,6%
Gelderland	12,0%	4,8%	1.397		3,0%
Utrecht	8,2%	8,0%	994		7,0%
Noord-Holland	18,5%	31,0%	2.365		8,1%
Zuid-Holland	19,8%	34,5%	2.538		8,3%
Zeeland	2,6%	0%	292		2,5%
Noord-Brabant	14,7%	3,5%	1.684		4,0%
Limburg	7,4%	1,5%	847		2,7%
Totaal	100,0%	100,0%	12.155	p=.000***	5,7%

Test R20, bijlage I;

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland;

Percentage allochtoon = aandeel allochtone inwoners in postcodegebied.

Het resultaat van de indeling in achterstandsgebieden en de rest van Nederland laat zien dat achterstandsgebieden hierbij niet alleen sterk verstedelijkte gebieden met veel allochtonen in de randstad omvatten, maar ook de minder sterke verstedelijkte (de middelgrote steden) daarbuiten. Fysiotherapeuten in achterstandsgebieden lijken daarmee het meest in de randstad voor te komen, maar zijn dus ook in de middelgrote en enkele kleinere gemeenten aanwezig.

4.2 Patiënten

Gegevens over patiënten zijn afkomstig uit het onderzoek *“Beperkende maatregel”*. Uit dit onderzoek blijkt 406 van de 4.616, of wel 8,8 procent van de patiënten afkomstig is uit achterstandsgebieden (zie test B0, bijlage III; tabel 4.3). Bij gebrek aan een vergelijkingsstandaard kan hieruit niet worden geconcludeerd of dit veel of weinig is. Verheij c.s. 1998 bijv. geven geen vergelijkbare cijfers en vermelden alleen dat het bij de verschillende voorgestelde varianten van achterstandsgebieden om bijna 900.000 inwoners gaat. Hieruit kan worden berekend dat circa 6 procent van hen in achterstandsgebieden woont (Verheij c.s. 1998, p.32). Maar dit cijfer is niet geheel vergelijkbaar omdat in fysiotherapiepraktijken bepaalde leeftijdsgroepen vaker voorkomen.

Tabel 4.3: Relatieve verdeling van het aantal patiënten van fysiotherapeuten naar type gebied (AG of RvN)

	Percentage	Aantal patiënten
Achterstandsgebieden (AG)	8,8%	406
Rest van Nederland (RvN)	91,2%	4.211
Totaal	100,0%	4.616

Test B0, bijlage III;

Achterstandsgebieden volgens definitie regeling voor huisartsen 1998 (zie bijlage IV).

4.3 Praktijken

Op basis van gegevens uit de *“Registratie van fysiotherapeuten”* van het Nivel blijkt dat van het totaal aantal fysiotherapiepraktijken in Nederland (4.611) er 300 in achterstandsgebieden liggen, ofwel 6,5% van alle fysiotherapiepraktijken (tabel 4.4). Ook hier geldt dat we niet kunnen beoordelen of dit veel of weinig is. Vergelijkingen met andere professionals kunnen door het ontbreken van informatie niet gegeven worden.

Tabel 4.4: Relatieve verdeling van het aantal fysiotherapiepraktijken naar type gebied (AG of RvN)

	Percentage	Aantal patiënten
Achterstandsgebieden (AG)	6,5%	300
Rest van Nederland (RvN)	93,5%	4.311
Totaal	100,0%	4.611

Achterstandsgebieden volgens definitie regeling voor huisartsen 1998 (zie bijlage IV).

4.4 Fysiotherapeuten

De gegevens over fysiotherapeuten komen vooral uit de *“Registratie van fysiotherapeuten”* van het Nivel. Daarnaast zijn er enkele gegevens ontleend aan het onderzoek *“Fysiotherapeuten en toekomst”*. Het derde onderzoek *“Beperkende maatregel”*, bevat geen relevante kenmerken van fysiotherapeuten.

Allereerst is berekend hoeveel fysiotherapeuten er werkzaam zijn in achterstandsgebieden.

Na indeling van alle geregistreerde fysiotherapeuten in achterstandsgebieden en de rest van Nederland blijkt dat van in totaal 12.155 fysiotherapeuten er 914 in achterstandsgebieden werken, of wel 7,5% (tabel 4.5; test R0, bijlage I).

Tabel 4.5: Relatieve verdeling van het aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten naar type gebied (AG of RvN)

	<i>Registratie fysiotherapeuten</i>		<i>Fysiotherapeuten en toekomst</i>	
	percentage	aantal fysiotherapeuten	percentage	aantal fysiotherapeuten
In achterstandsgebieden (AG)	7,5%	914	7,3%	20
In rest van Nederland (RvN)	92,5%	11.241	92,7%	253
Totaal	100,0%	12.155	100,0%	273

Tests R0/T0, bijlage I, II;

Achterstandsgebieden volgens definitie regeling voor huisartsen 1998 (zie bijlage IV).

Op basis van gegevens uit het onderzoek "*Fysiotherapeuten en toekomst*" is een percentage van 7,3 berekend (test T0, bijlage II). Een beoordeling van het percentage fysiotherapeuten in achterstandsgebieden in termen van veel of weinig kan ook hier niet worden gegeven.

In de "*Registratie fysiotherapeuten*" worden ook een aantal persoonskenmerken geregistreerd, zoals de leeftijd (geboortejaar), het geslacht en het opleidingsjaar van fysiotherapeuten. In hoeverre er ten aanzien van deze gegevens verschillen zijn tussen fysiotherapeuten in achterstandsgebieden en fysiotherapeuten in de rest van Nederland wordt hierna uitgewerkt.

Leeftijd

Er is in de "*Registratie fysiotherapeuten*" geen verschil gevonden in de *gemiddelde* leeftijd van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden en in de rest van Nederland (test R1). Daarentegen blijkt dat sommige leeftijdscohorten (geboren tussen 1950-1959) wat vaker in achterstandsgebieden voorkomen dan in de rest van Nederland (48,8% tegen 42,8%; R10; tabel 4.6). Ook in het onderzoek "*Fysiotherapeuten en toekomst*" werden geen significante verschillen in leeftijd gevonden.

Tabel 4.6: Relatieve verdeling aantal fysiotherapeuten naar geboortejaar en type gebied (AG of RvN)

Geboortejaar	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
1900-34	0,9%	0,8%	105	
1935-49	19,3%	14,4%	2.281	
1950-59	42,8%	48,8%	5.214	
1960-69	29,7%	29,8%	3.590	
1970-79	7,3%	7,0%	882	
Totaal	100,0%	100,0%	12.072	p=.003***

Test R10, bijlage I;

AG = achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

Sekse

Op basis van gegevens uit de “Registratie fysiotherapeuten” worden tussen de twee onderscheiden gebieden geen noemenswaardig verschillen waargenomen in de verdeling mannen en vrouwen (AG: man 50,7%; RvN: man: 50,5%; R2, R11; tabel 4.7). Deze conclusie geldt ook ten aanzien van de gegevens uit het onderzoek “Fysiotherapeuten en toekomst”.

Tabel 4.7: Relatieve verdeling aantal fysiotherapeuten naar sekse en type gebied (AG of RvN)

Sekse	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Man	50,7%	50,5%	6.157	
Vrouw	49,3%	49,5%	5.997	
Totaal	100,0%	100,0%	12.154	p=.944 n.s.

Test R11, bijlage I;

AG = achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

Jaar voltooiing van de opleiding

In de “Registratie fysiotherapeuten” komen tussen de onderscheiden gebieden wel verschillen voor ten aanzien van het jaar waarin men de opleiding heeft voltooid. Maar de betekenis van deze verschillen is onduidelijk, omdat het slechts om geringe, zij het significante verschillen gaat (R3, R12; tabel 4.8). De generatie opgeleid in de jaren tachtig lijkt enigszins vaker in achterstandsgebieden voor te komen (R12) en die uit de jaren zeventig juist wat minder. Mogelijk hangt dit samen met de economische omstandigheden (werkloosheid van de jaren 80) en wijzigingen in de regelgeving (contracteerplicht; vestigingsbeleid).

In het onderzoek “Fysiotherapeuten en toekomst” werd eveneens naar het jaar van afstuderen gevraagd. Ook hieruit blijkt dat er geen verschil tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland.

Tabel 4.8: Relatieve verdeling aantal fysiotherapeuten naar jaar van voltooiing van de opleiding en type gebied (AG of RvN)

Opleidingsjaar	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
1934-69	6,6%	4,8%	746	
1970-79	38,2%	35,6%	4.387	
1980-89	41,4%	45,7%	4.818	
1900-99	13,8%	13,9%	1.598	
Totaal	100,0%	100,0%	11.549	p=.031*

Test R12, bijlage I;

AG = achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland;

Opleidingsjaar = jaar diploma behaald.

Werkervaring en loopbaan

In het onderzoek “Fysiotherapeuten en toekomst” werden er ten aanzien van het aantal jaren dat men als fysiotherapeut werkzaam is geen significante verschillen waargenomen tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland. Ook was er geen verschil voor het aantal malen dat men veranderd is van werkkring.

Tenslotte geldt hetzelfde voor het al of niet lid zijn van het KNGF (tests T7-T13). De organisatiegraad is dus even groot binnen en buiten achterstandsgebieden.

4.5 Conclusies

1. Het criterium achterstandsgebied voldoet aan de verwachtingen in de representatieve "*Registratie fysiotherapeuten*" op twee belangrijke controleerbare punten: de mate van stedelijkheid en het percentage allochtonen. Achterstandsgebieden komen vooral voor in sterk verstedelijkte gebieden met veel allochtone inwoners.
2. De werkomgeving van fysiotherapeuten kan sterk afwijken bij praktijken in achterstandsgebieden vergeleken met die van de 'gemiddelde' praktijk in Nederland. Binnen achterstandsgebieden komen fysiotherapeuten het meest voor in de meest verstedelijkte gebieden (grote steden) en in gebieden met de hoogste percentages allochtone bewoners. Ze zijn verder oververtegenwoordigd in Zuid- en Noord-Holland en enigszins in Utrecht, Overijssel en Groningen en ondervertegenwoordigd in Noord-Brabant, Limburg en Gelderland.
3. Van de fysiotherapiepatiënten in het onderzoek "*Beperkende maatregel*" had 8,8 procent praktijken bezocht die gelegen zijn in achterstandsgebieden. Onduidelijk blijft of dit - voornog enig bestaande - cijfer representatief is voor Nederland, omdat een representatief onderzoek van patiënten met het criterium achterstandsgebieden versus overige gebieden nog niet is verricht (al was het aantal patiënten in het bestaande onderzoek groot en goed gespreid over Nederland).
4. Van alle fysiotherapiepraktijken is 6,5 procent gelegen in achterstandsgebieden. Dit cijfer mag als representatief worden beschouwd. Het is afkomstig uit de "*Registratie fysiotherapeuten*", dat vrijwel alle extramurale fysiotherapeuten bevat.
5. Van alle extramurale fysiotherapeuten is 7,5 procent werkzaam in achterstandsgebieden. Ook dit is afkomstig uit de *Registratie fysiotherapeuten* en kan derhalve als representatief beschouwd worden.
6. Wat de persoonskenmerken van fysiotherapeuten betreft, zoals leeftijd, sekse en opleidingsjaar, bestaat er niet of nauwelijks verschil tussen fysiotherapeuten werkzaam in achterstandsgebieden en daarbuiten. Er waren ook geen verschillen ten aanzien van hun loopbaan (aantal jaren werkzaam, aantal malen van baan veranderd) of de mate waarin men lid is van het KNGF.
7. Verschillen in persoonskenmerken waren ook niet echt te verwachten, maar het is wel belangrijk dit vast te stellen, omdat de eventuele verschillen die in volgende hoofdstukken worden beschreven om deze reden waarschijnlijk niet herleidbaar zijn tot basale persoonskenmerken bijvoorbeeld omdat er meer vrouwen of jongeren zouden werken in achterstandsgebieden.

5 PATIËNTEN FYSIOTHERAPIE EN ZORGZWAARTE

In dit hoofdstuk wordt de zorgzwaarte in kaart gebracht, die onder meer wordt afgeleid uit de kenmerken van de patiëntenpopulaties. Vanwege verschillen in sociaal-economische en etnische achtergronden van de patiënten worden verschillen verwacht tussen patiënten uit achterstandsgebieden en patiënten uit andere gebieden. In feite vormen deze verschillen het belangrijkste onderdeel van de veronderstellingen over een grotere zorgzwaarte in achterstandsgebieden. De praktijk- en fysiotherapeutenkenmerken worden immers verondersteld gevolgen te zijn van de verschillen in patiëntenkenmerken ofwel een populatie die aanleiding geeft tot een intensievere behandeling vanwege ernstiger klachten en aandoeningen. De vraag is of deze verschillen in patiëntenkenmerken in het empirische materiaal terug te vinden zijn.

Voor het beantwoorden van deze vraag worden twee bronnen geraadpleegd. In de eerste plaats gegevens uit het onderzoek *"Beperkende maatregel"* waarin van een groot aantal patiënten (totaal 4.616, waarvan 8,8% in AG's) een groot aantal gegevens in de loop van hun behandeling werd vastgelegd. De tweede bron is het onderzoek *"Fysiotherapeuten en toekomst"*.

5.1 Patiënten en zorgzwaarte

Het onderzoek *"Beperkende maatregel"* leverde gegevens op van patiënten over de volgende aspecten: persoonskenmerken van de patiënten, kenmerken van de wijze van verzekering, kenmerken van hun klachten, stoornissen en beperkingen, kenmerken van de behandeling en de beoordeling van fysiotherapeuten van het behandelingsresultaat. Bij veel van deze kenmerken kunnen eventuele verschillen wijzen op het ervaren van een grotere zorgzwaarte door fysiotherapeuten.

Gezien het grote aantal enquêtevragen is voor onderstaande analyses enige selectie uitgevoerd op basis van relevantie voor de vraagstelling van dit onderzoek, waardoor er 'slechts' 87 vragen overbleven.

5.1.1 Persoonskenmerken

Er bestaat geen verschil tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland wat betreft de leeftijd van de patiënten (B1). Er zijn dus niet meer oudere of jongere fysiotherapiepatiënten in achterstandsgebieden dan elders. Ook de man/vrouw verhouding vertoont geen significant verschil (B11; tabel 5.1). Een meerderheid van de patiënten is vrouw, zowel in achterstandsgebieden (61,5%) als in de rest van Nederland (58,3%).

Tabel 5.1: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Sekse patiënt	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Man	41,7%	38,5%	1.898	
Vrouw	58,3%	61,5%	2.680	
Totaal	100,0%	100,0%	4.578	p= .208 n.s.

Test B11, bijlage III;
AG = achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

In achterstandsgebieden zijn patiënten niet vaker dan elders scholier/student (B12), dan wel huisvrouw/man (B13). Wel hebben patiënten in achterstandsgebieden minder vaak betaald werk (tabel 5.2) en is men vaker in loondienst dan zelfstandig (tabel 5.3).

Tabel 5.2: Relatieve verdeling van patiënten fysiotherapie naar de mate van betaald werken uitgesplitst naar type gebied (AG of RVN)

Werk	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Betaald werk	49,2%	43,5%	2.245	
Anders	50,8%	56,5%	2.366	
Totaal	100,0%	100,0%	4.611	p=.027*

Test B14, bijlage III;

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

Tabel 5.3: Relatieve verdeling van patiënten fysiotherapie naar type dienstverband uitgesplitst naar type gebied (AG of RVN)

Type dienstverband	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Loondienst	88,1%	94,9%	1.971	
Zelfstandig	11,9%	5,1%	252	
Totaal	100,0%	100,0%	2.223	p=.007**

Test B15, bijlage III;

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

Voor de vier belangrijkste redenen waardoor patiënten geen werk hebben, worden geen significante verschillen waargenomen tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland (B16). Zowel in de achterstandsgebieden als in de rest van Nederland geldt dat het grootste deel niet werkzaam is vanwege 'AOW/VUT/pensioen' gevolgd door 'tijdelijk in de ziektewet'. Werkeloosheid als reden voor 'geen werk hebben', geldt voor 8.0% van de patiënten fysiotherapie in achterstandsgebieden en 5,1% voor elders (tabel 5.4).

Tabel 5.4: Relatieve verdeling van de redenen waarom patiënten fysiotherapie niet werkzaam zijn uitgesplitst naar type gebied (AG of RVN)

Geen werk want:	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Arbeidsongeschikt	12,3%	12,7%	174	
AOW/VUT/pensioen	52,7%	42,7%	728	
Tijdelijk ziektewet	29,9%	6,7%	432	
Werkeloos	5,1%	8,0%	76	
Totaal	100,0%	100,0%	1.410	p=.081 n.s.

Test B16, bijlage III;

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

Een uitgesproken verschil treedt op tussen de gemiddelde opleidingsniveaus van patiënten in achterstandsgebieden en de rest van Nederland (B2, B17; tabel 5.5). Tot de Mavo-niveaus (geen, speciaal onderwijs, lager onderwijs, Lbo, Mavo) zijn de percentages patiënten hoger in achterstandsgebieden, maar bij hogere vormen van onderwijs zijn deze percentages juist lager

(Mbo, Havo/Mulo/Mms, Hbo, Vwo, universiteit). In achterstandsgebieden hebben patiënten duidelijk een lager opleidingsniveau.

Tabel 5.5: Relatieve verdeling aantal patiënten fysiotherapie naar opleidingsniveau uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Opleiding	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
1. Geen	1,7%	4,5%	83	
2. Speciaal onderwijs	0,5%	1,3%	25	
3. Lager onderwijs	15,6%	28,0%	708	
4. Lbo	24,7%	30,3%	1.065	
5. Mavo	7,5%	9,1%	323	
6. Mbo	23,2%	16,2%	951	
7. Havo/Mulo/Mms	9,7%	2,5%	382	
8. Hbo	11,5%	5,6%	463	
9. Vwo	2,7%	0,8%	105	
10. Universiteit	2,8%	1,8%	114	
Totaal	100,0%	100,0%	4.219	p=.000***

Test B17, bijlage III;
AG = achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Tot de kenmerken van patiënten uit achterstandsgebieden die verschillen met die in de rest van Nederland behoren dus een laag opleidingsniveau, het minder vaak betaald werk verrichten, en het vaker werken in loondienst. Met het beschikbare onderzoeksmateriaal is niet aantoonbaar dat er meer werklozen zijn onder de fysiotherapiepatiënten in achterstandsgebieden. De oorzaken van niet-werken zijn vooral AOW/VUT/pensioen en mensen die tijdelijk in de ziektewet zitten. Maar dit geldt vrijwel in gelijke mate de patiënten in achterstandsgebieden als in de rest van Nederland.

Al speelt werkeloosheid minder een rol dan verwacht, de resultaten maken wel aannemelijk dat er een sociaal-economische achterstand bestaat onder de fysiotherapiepatiënten in achterstandsgebieden (lager opleidingsniveau en minder vaak betaald werk).

De daarmee verwante sociale problemen die een dergelijke achterstand verder kunnen benadrukken, komen echter niet in de gegevens van de beschikbare onderzoeken voor.

5.1.2 Verzekering

De wijze waarop patiënten verzekerd zijn, geeft ook een indicatie omtrent de sociaal-economische achterstand (B18-B21). Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat in achterstandsgebieden 89,9 % van de fysiotherapie patiënten bij een ziekenfonds is verzekerd, in de rest van Nederland bedraagt dat 69,7 %. Dit verschil van zo'n 20% is sterk significant (tabel 5.6).

Tabel 5.6: Relatieve verdeling van patiënten fysiotherapie naar type verzekering uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Verzekering	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Ziekenfonds	69,7%	89,9%	3.292	
Particulier	30,3%	10,1%	1.312	
Totaal	100,0%	100,0%	4.604	p=.000***

Test B18, bijlage III;
AG = achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Het type ziekenfondspakket nuanceert dit bovenstaand beeld enigszins. Er werd in het onderzoek onderscheid gemaakt in een “basispakket”, een “aanvullend pakket” en een “extra aanvullend pakket”. Het “basispakket” van het ziekenfonds vergoedt sinds de “Beperkende Maatregel” inging, de eerste 9 zittingen fysiotherapie. Men kan zich bijverzekeren met een “aanvullend pakket” waarin ook enkele andere medische voorzieningen (b.v. tandarts) zitten, en waarbij nog eens 9 extra zittingen fysiotherapie worden vergoed. Er is ook gevraagd naar een “extra aanvullend pakket”, hetgeen een variant van het ‘aanvullend pakket’ en waarvoor extra premie moet worden betaald. De zo geheten ‘lijst-patiënten’, een lijst met aandoeningen waarvoor chronische en langdurige fysiotherapeutische behandeling nodig is, vormen een uitzondering. Zij kunnen 18 zittingen vergoed krijgen in het basispakket.

Er is door bovengenoemde constructie de mogelijkheid ontstaan dat slechts 9 zittingen worden vergoed in het ‘basispakket’ van het ziekenfonds, maar dat de fysiotherapeut eigenlijk meer zittingen nodig acht, terwijl de patiënt geen ‘lijst-patiënt’ is. De patiënt moet dan vanaf de tiende zitting zelf bijbetalen.

Er is geen verschil gevonden in percentages patiënten met uitsluitend een “basispakket” tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland (tabel 5.7). Zo’n pakket komt overigens relatief weinig voor (7-8%). In achterstandsgebieden komt vaker een ‘basispakket’ met een aanvullend pakket voor (79,6%) dan in de rest van Nederland (68,5%), terwijl een extra aanvullend pakket juist weer minder vaak voorkomt: 11,3% in achterstandsgebieden en 21,6% elders (tabel 5.9). Dat laatste ‘luke’ pakket is financieel wellicht minder vaak haalbaar voor zwakkere sociaal-economische groepen.

Tabel 5.7: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie met een “basispakket” uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Ziekenfondspakket	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Alleen basispakket	8,4%	6,9%	272	
Anders	91,6%	93,1%	3.025	
Totaal	100,0%	100,0%	3.297	p=.317 n.s.

Test B19, bijlage III;

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

Tabel 5.8: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie met een “aanvullend pakket” uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Ziekenfondspakket	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Met aanvullend pakket	68,5%	79,6%	2.300	
Anders	31,5%	20,4%	997	
Totaal	100,0%	100,0%	3.297	p=.000***

Test B20, bijlage III;

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

Tabel 5.9: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie met een “extra aanvullend pakket” uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Ziekenfondspakket	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Met extra aanvullend	21,6%	11,3%	675	
Anders	78,4%	88,7%	2.621	
Totaal	100,0%	100,0%	3.296	p=.000***

Test B21, bijlage III;
AG = achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Ook de vragen over de volledigheid van de vergoeding geeft een indicatie omtrent de sociaal economische achterstand (B25-B30). De behandeling wordt in achterstandsgebieden vaker volledig vergoed dan in de rest van Nederland (30,3% respectievelijk 10,4%; B25). Dat geldt zowel apart voor ziekenfondspatiënten (AG's 8,0%, RvN: 18,7%; B26), als voor particulieren, c.q. ambtenarenverzekering (AG's 31,7%, RvN: 57,5%; B27).

In achterstandsgebieden wordt vaker een eigen bekostiging gevraagd (na 9 zittingen b.v.) van ziekenfondspatiënten dan in de rest van Nederland (B28). Maar bij particulieren en ambtenaren wordt in achterstandswijken niet significant vaker een eigen risico gevraagd dan elders (al is er wel een verschil in percentages in die richting; B29). Ziekenfondspatiënten in achterstandsgebieden ontvangen vaker minder dan 100% vergoeding per fysiotherapiesessie (11,1%) dan in de rest van Nederland (4,4%) (B30).

Niet alleen zijn er meer ziekenfondspatiënten in achterstandsgebieden, zij krijgen bovendien minder vaak volledige vergoedingen en moeten vaker zelf een deel van de therapiekosten betalen dan elders. Opmerkelijk is dat dit ook geldt voor particulieren en ambtenaren in achterstandsgebieden. In deze gebieden zijn deze groepen blijkbaar minder goed af met hun verzekering dan elders. Het is mogelijk dat het hier om minder verdienende, c.q. verzekerde particulieren gaat (zij het boven de ziekenfondsgrens). In elk geval wordt op basis van bovenstaande analyses de sociaal-economische achterstandspositie van patiënten fysiotherapie in achterstandsgebieden verder benadrukt.

5.1.3 Klachten

De aard van de klachten en de aandoeningen kan eveneens een verschil tussen patiënten uit achterstandsgebieden en de rest van Nederland opleveren. In achterstandsgebieden worden meer, ernstiger of langduriger klachten verwacht op grond van de werkhypothese.

Bij vier algemene oorzaken van het ontstaan van klachten kon geen significant verschil worden gevonden (B31): (1) acuut na trauma, (2) acuut maar niet na trauma, (3) niet acuut, en (4) aangeboren c.q. reeds aanwezig.

Van een reeks meer specifieke oorzaken is er slechts één significant, namelijk aandoeningen ontstaan door sport of hobby. Die komen minder vaak voor in achterstandsgebieden (9,9%) dan in de rest van Nederland (16,8%)(B32).

Bij de gemiddelde duur van klachten bestaat wel een significant verschil. Deze is gemiddeld langer in achterstandsgebieden (B4). Bij een indeling in weken, maanden en jaren blijkt dat de klachten die langer dan 2 jaar, en vooral langer dan 5 jaar bestaan, vaker in achterstandsgebieden voorkomen (tabel 5.10). Dit geldt ook voor klachten die 3 tot 6 maanden bestaan (al is het verschil in deze categorie niet groot (B33).

Tabel 5.10: Relatieve verdeling van de duur van klachten van patiënten fysiotherapie uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Bestaansduur	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
0-7 dagen	7,6%	7,0%	342	
1-4 weken	28,5%	25,6%	1.281	
1-3 maanden	26,3%	21,6%	1.173	
3-6 maanden	11,7%	14,8%	542	
6 mnd-1 jaar	8,2%	7,0%	366	
1-2 jaar	6,0%	5,5%	270	
2-5 jaar	5,9%	7,5%	273	
5-10 jaar	6,0%	11,0%	292	
Totaal	100,0%	100,0%	4.539	p=.001**

Test B33, bijlage III;

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

In achterstandsgebieden hebben fysiotherapeuten blijkbaar waarschijnlijk vaker patiënten met klachten die over een langere tijd bestaan. Maar de vraag naar recidive van de aandoening leverde geen verschil op tussen achterstandsgebieden en elders ($p=0.82$, n.s.). Ook de vraag naar 'lijst'- of niet-'lijstpatiënten' leverde geen verschil op ($p=0.10$ n.s.), noch de vraag of de lijstpatiënten aan de criteria van de lijst voldoen ($p=0.12$, n.s.; N.B. indiceert de validiteit van de lijst).

Ten aanzien van de vraag of in de groep 'lijstpatiënten' (ruim 13% van alle fysiotherapiepatiënten in dit onderzoek) ook alle chronische patiënten vertegenwoordigd zijn bestaat echter nog discussie. Zo zijn er patiënten met een niet-chronische aandoening, die toch als "lijstpatiënt" behandeld moeten worden; dit is mogelijk o.m. na bepaalde specialistische verwijzingen. De groep lijstpatiënten zou daarom 'vervuild' zijn met patiënten met niet-chronische of acute aandoeningen. De bestaansduur van de klachten of de aandoening is dan wellicht een betere indicator voor het chronisch zijn ervan. Dat wijst mogelijk ook op ernstiger klachten, al blijkt dit niet meteen uit de cijfers (zie hieronder).

Een aantal vragen uit het onderzoek geeft enigszins indirect een aanvullend beeld over de ernst van de aandoening, namelijk vragen over welke andere hulp patiënten het laatste jaar hebben gehad (B34-37). In achterstandsgebieden blijken patiënten vaker hulp te hebben gehad van sociaal werkers en van interne geneeskundigen. Dit laatste wijst mogelijk op meer algemene ziekten en aandoeningen onder deze patiënten. De hulp van sociaal werkers kan te maken hebben met meer sociale problemen onder de fysiotherapiepatiënten in achterstandsgebieden. Indien alle vormen van sociaal-medische hulp per patiënt worden opgeteld dan ontstaat er een duidelijker beeld. Het gaat dan om de volgende vormen van hulpverlening: huisartsen, specialisten, gezinszorg, fysiotherapie en sociaal werk. Patiënten die 2 tot 5 maal in het voorgaande jaar dergelijke sociaal-medische hulp ontvangen komen relatief vaker voor in achterstandsgebieden (tabel 5.11).

Tabel 5.11: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie naar omvang sociaal-medische hulp uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Sociaal-medische hulp	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
0-1x hulp	94,5%	91,9%	4.354	
2-5x hulp	5,5%	8,1%	263	
Totaal	100,0%	100,0%	4.617	p=.027*

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

Met betrekking tot de klachten van patiënten worden in het onderzoek een aantal aspecten genoteerd in de categorieën stoornissen, beperkingen, vaardigheden, sociale participatie en symptomen (B38-B51). In achterstandsgebieden komen vaker dan in de rest van Nederland stoornissen voor van kracht en coördinatie, de stand van het gewricht (in de algemene ontspanning en in de sensibiliteit), maar minder vaak in de beweging van gewrichten. Beperkingen ten aanzien van zelfverzorging, bij het zitten en opstaan, bij het traplopen, bij zware en ook bij lichte huishoudelijke activiteiten, komen vaker voor in achterstandsgebieden dan in de rest van Nederland (B44).

Wanneer we ook hier per patiënt het aantal door fysiotherapeuten geconstateerde stoornissen en beperkingen optellen, ontstaat opnieuw een duidelijk beeld. Voor zowel de stoornissen als de beperkingen blijkt dat deze in grotere aantallen voorkomen bij patiënten in achterstandsgebieden (tabellen 5.12, 5.13).

Tabel 5.12: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie naar aantal stoornissen uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Stoornissen	% RvN	% AG	Aantal patiënten	Significantie Chi-2
1-9x	81,0%	73,9%	3.709	
10-26x	19,0%	26,1%	906	
Totaal	100,0%	100,0%	4.615	p=.001**

Test B44, bijlage III;
AG =achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland; anders = overige beperkingen.

Tabel 5.13: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie naar aantal beperkingen uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Beperkingen	% RvN	% AG	Aantal patiënten	Significantie Chi-2
1-4x	85,3%	77,2%	3.375	
5-10x	14,7%	22,8%	619	
Totaal	100,0%	100,0%	4.616	p=.000***

Test B44, bijlage III;
AG =achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland;
Anders = overige beperkingen.

Bij de algemene vaardigheden komen 'coping' (omgaan met gezondheidsproblemen) en het toepassen van compensatie (overnemen van functies door andere ledematen) vaker voor in achterstandsgebieden dan elders. Bij de sociale participatie gaat het bij achterstandsgebieden vaker om deelname aan het huishouden, maar minder vaak om deelname aan sport. Fysiotherapeuten constateerden in achterstandsgebieden vaker symptomen van schouder, rug en knie, maar minder vaak van de nek, dan in de rest van Nederland.

Een interpretatie van bovengenoemde aspecten van de aandoeningen van patiënten is niet eenvoudig omdat de *ernst* ervan niet is genoteerd. Toch is niet uit te sluiten dat de populatie patiënten in achterstandsgebieden ernstiger aandoeningen kent. Aangezien fysiotherapeuten in deze gebieden meer stoornissen en beperkingen bij patiënten constateren, die, mogelijk mede in verband hiermee, ook vaker elders sociaal-medische hulp krijgen. In de achterstandsgebieden

komen ook belangrijke beperkingen en symptomen vaker voor, namelijk zitten/opstaan, trap-lopen en zware huishoudelijke activiteiten en symptomen van schouder, rug en knie. De kans dat de ernst van de aandoeningen in achterstandsgebieden groter is dan elders, is daarmee wel toegenomen.

Een drietal vragen uit het onderzoek met betrekking tot het beïnvloedbaar zijn van de stoornissen, beperkingen en sociale participatie lijken dit te bevestigen (B56-B58). In alle drie vragen komt consistent het beeld naar voren van een te verwachten minder volledig herstel, vaker een gedeeltelijk herstel en vaker alleen een stabilisatie van de aandoening van patiënten afkomstig uit achterstandsgebieden dan in de rest van Nederland (o.m. tabel 5.14).

Tabel 5.14: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie naar de mate van beïnvloedbaarheid van stoornissen uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Beïnvloeding	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Volledig herstel	53,6%	46,9%	2.417	
Gedeeltelijk herstel	38,1%	40,0%	1.746	
Stabilisatie	5,7%	9,9%	275	
Vertraging verslechtering	1,4%	1,5%	63	
Niet beïnvloedbaar	1,2%	1,7%	57	
Totaal	100,0%	100,0%	4.558	p=.004**

Test B56, bijlage III;
AG = achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Hoewel bij veel enquêtevragen niet meteen de ernst van de klachten en symptomen en de mogelijkheid van herstel duidelijk is, kan uit diverse analyses worden afgeleid dat het onwaarschijnlijk is dat er ernstiger klachten bestaan bij fysiotherapiepatiënten in achterstandsgebieden dan in de rest van Nederland.

5.1.4 Behandeling

Ook de verschillende aspecten van de behandeling werpen enig licht op de aard en ernst van de aandoeningen. Het gaat dan om de behandelduur, de behandeldoelen en de behandelvormen. Hierover zijn in het onderzoek *“Beperkende Maatregel”* een reeks enquêtevragen opgenomen.

Behandeldoelen

De behandeldoelen kunnen informatie over ernst van de aandoeningen opleveren. Deze zijn, zoals hierboven beschreven werd, ingedeeld in doelen bij stoornissen, beperkingen, vaardigheden en sociale participatie (B60-B72).

Bij stoornissen zijn in de achterstandsgebieden de doelen vaker gericht op algemene ontspanning en op doorbloeding, maar minder vaak op pijn, kracht en op gangstoornissen dan elders; bij beperkingen zijn de doelen vaker gericht op trappen lopen en op zware en lichte huishoudelijke activiteiten; bij algemene vaardigheden vaker op coping en op compensatie; bij sociale participatie op deelname aan het huishouden en op zelfstandigheid.

De behandeldoelen lijken grotendeels uit de eerder vastgestelde aard van de aandoeningen voort te vloeien, al zijn er enkele inconsistenties. De verhouding in de 12 geconstateerde verschillen is wat minder sterk uitgesproken: in 9 gevallen komen ze in achterstandsgebieden vaker voor, in 3 gevallen in de rest van Nederland. Hieruit is minder duidelijk een beeld te scheppen over de ernst van de aandoeningen, al lijkt de eerdere conclusie hierover wel enigszins gesteund.

De behandelvormen geven een nog wisselender beeld (B73-B77). Vaker komen in achterstandsgebieden voor: oefentherapie en advies; minder vaak: massage, manuele therapie en

elektro-magnetische therapie. Uit zulke resultaten kan eigenlijk geen duidelijk beeld worden afgeleid aangaande de bewerkelijkheid of de ernst van de aandoeningen.

Verwachte behandelduur

De zwaarte van de gevallen zou ook kunnen blijken uit de benodigd geachte duur van de behandeling en het aantal zittingen. Zoals aangegeven leiden zwaardere en recidiverende gevallen vaak tot een langere behandelduur en dus meer zittingen.

Op de vraag of in het algemeen voor patiënten negen zittingen voldoende is (T6), werd door fysiotherapeuten in achterstandsgebieden nauwelijks anders gereageerd dan daarbuiten (42,0% voldoende versus 42,3% voldoende in de RvN, en verre van significant, $p=.960$).

Uit hun verwachtingen over de behandeling lijkt geen verschil dat in verband kan worden gebracht met een grotere zorgzwaarte.

Behandelduur en aantal sessies

Het aanvankelijke aantal geplande behandelsessies is niet verschillend in achterstandsgebieden vergeleken met elders (B5) terwijl ook het totale aantal zittingen, dat uiteindelijk plaatsvond, geen verschil laat zien (B7).

Opmerkelijk genoeg wordt wel een verschil gevonden in de gemiddelde tijdsduur van de behandeling wanneer de behandelduur niet in aantal sessies, maar in weken wordt uitgedrukt (B6; tabel 5.15). In achterstandsgebieden komt de categorie van 3 tot 6 weken minder vaak voor (34,6%, RvN: 47,9 %), terwijl categorieën met een langere behandelduur vaker voorkomen.

Tabel 5.15: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie naar behandelduur uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Behandelduur	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
0-2 weken	2,1%	2,0%	96	
3-6	47,9%	34,6%	2.137	
7-9	25,8%	29,9%	1.195	
10-14	18,8%	26,9%	894	
15-26	3,8%	5,2%	181	
½ jaar - jaar	1,5%	1,5%	68	
Totaal	100,0%	100,0%	4.571	$p=.000***$

Test B6, bijlage III;

AG = achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

De ogenschijnlijke discrepantie tussen het gelijke aantal sessies en de ongelijke behandelduur in aantal weken kan wellicht verklaard worden doordat hetzelfde aantal sessies over langere tijd wordt uitgevoerd. Daar kunnen meerdere verklaringen voor zijn, waaronder mogelijk grotere problemen rond de therapietrouw, maar ook kortere werktijden van fysiotherapeuten, althans minder extreem-lange werktijden (want gemiddeld was er geen verschil in werktijden, zoals we zullen zien). Het blijft hier echter gissen, zonder dat er nader onderzoek heeft plaatsgevonden.

Behandelresultaten

De resultaten van de behandeling geven tenslotte een laatste impressie van de zorgzwaarte.

Hierbij moet opgemerkt worden dat de gegevens door de fysiotherapeuten aan het einde van de behandeling zijn ingevuld en dus niet een 'algemene mening' weergeeft over de patiënt op een willekeurig moment. Daarmee is de kans dat de beoordeling redelijk accuraat is vrij groot.

Het beëindigen van de therapie door de patiënt zelf komt vaker voor in achterstandsgebieden (8,1%) dan in de rest van Nederland (4,1%) (B78). Dit suggereert dat omgang met patiënten wellicht moeilijker ligt in achterstandsgebieden. Ook financiële overwegingen kunnen natuurlijk een rol spelen, maar deze veronderstelling zou eveneens de werkhypothese steunen.

Tabel 5.16: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie dat de behandeling heeft gestaakt uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Staken door patiënt	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Ja	4,1%	8,1%	206	
Anders	95,9%	91,9%	4.410	
Totaal	100,0%	100,0%	4.616	p= .000***

Test B78, bijlage III;
AG =achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

De beoordelingen van de tot stand gebrachte vormen van functioneel herstel blijken ook belangrijke aanwijzingen te zijn (B79-B81). Zowel ten aanzien van de stoornissen, beperkingen als de sociale participatie is er in achterstandswijken significant minder volledig herstel en vaker gedeeltelijk herstel en alleen stabilisatie, vergeleken met de rest van Nederland (tabel 5.17; zie ook bijlage III). Dit komt vrijwel geheel overeen met de aanvankelijke (op een eerder moment van de behandeling genoteerde) verwachtingen, die hierboven werden beschreven. Ook hier wijst het op ernstiger en moeilijker te behandelen aandoeningen in achterstandsgebieden, waarbij volledig herstel veel minder vaak mogelijk is. Een dergelijk resultaat geeft steun aan de mogelijkheid van zwaardere gevallen in achterstandsgebieden.

Tabel 5.17: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie naar functioneel herstel stoornissen, uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Herstel	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Volledig herstel	49,3%	40,1%	2.122	
Gedeeltelijk herstel	36,0%	41,7%	1.596	
Stabilisatie	7,7%	12,8%	356	
Vertraging verslechtering	1,6%	2,1%	72	
Niet beïnvloed	5,4%	3,2%	229	
Totaal	100,0%	100,0%	4.375	p= .000***

Test B79, bijlage III;
AG =achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

De beïnvloeding van patiënten en hun aandoeningen werd ook nog eens apart voor een aantal aspecten nagevraagd (B83-B86). In de meeste gevallen waren er geen verschillen, op enkele na, die alle inhielden dat er vaker onvoldoende beïnvloeding van de patiënt was gerealiseerd in achterstandsgebieden, dan elders, en wel ten aanzien van levensstijl, motorische vaardigheden en het opvolgen van adviezen (o.m. B84, B86, zie tabellen 5.18, 5.19).

Tabel 5.18: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie naar de mate waarin beïnvloeding gerealiseerd is inzake levensstijl uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Gerealiseerd	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Goed	79,3%	64,5%	2.174	
Matig	18,3%	29,0%	532	
Onvoldoende	2,5%	6,5%	77	
Totaal	100,0%	100,0%	2.783	p=.000***

B84, bijlage III;
AG = achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Tabel 5.19: Relatieve verdeling van het aantal patiënten fysiotherapie naar de mate waarin beïnvloeding gerealiseerd is inzake opvolgen adviezen uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Gerealiseerd	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Goed	78,1%	69,2%	2.729	
Matig	18,1%	26,8%	664	
Onvoldoende	3,8%	4,0%	136	
Totaal	100,0%	100,0%	3.529	p=.001**

B86, bijlage III;
AG = achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

De overige aspecten die te maken hebben met de beïnvloeding van patiënten waren niet significant verschillend, ook niet in tegenovergestelde richting.

Een slechtere beïnvloeding kan wijzen op communicatieproblemen, zoals bij aspecten van de levensstijl en het geven van adviezen, terwijl het ook een rol kan spelen bij de uitleg omtrent motorische aangelegenheden, zoals bij oefeningen die thuis moeten worden gedaan. Maar ook sommige niet-Nederlandse culturele opvattingen over gezondheid e.d., die moeilijk te beïnvloeden zijn, kunnen hier een rol spelen.

5.1.5 Gedrag patiënten

Enkele enquêtevragen uit het onderzoek *“Fysiotherapeuten en toekomst”* hadden de betrekking op de verstandhouding van fysiotherapeuten met patiënten en het gedrag van patiënten.

Onderlinge verstandhouding

Er werd tussen achterstandswijken en elders geen verschil gevonden op de vraag in hoeverre er (volgens de fysiotherapeut) door patiënten misbruik wordt gemaakt van de ziektewet (T79). Ook werden er geen verschillen gevonden op de vraag aan fysiotherapeuten over hun verstandhouding met patiënten en de ondervonden waardering door patiënten (T80, T81).

Bedreiging

Twee reeksen enquêtevragen betroffen de door fysiotherapeuten waargenomen vormen van bedreiging door patiënten. Daarbij is een onderscheid gemaakt naar een tweetal perioden, te weten in het laatste jaar (sept. 1995-1996) en de periode daarvoor (vóór sept. 1995). Het ging dan om het voorkomen van fysiek geweld, geweld tegen het gezin (van de fysiotherapeut), daadwerkelijk geweld, daadwerkelijk geweld tegen het gezin, verbale intimidatie, seksuele intimidatie en het dreigen met een klacht (T82-T95).

Bij 1 van de 14 vragen trad een significant verschil op tussen de twee onderscheiden gebieden namelijk de vraag naar verbale intimidatie. Dergelijke intimidatie komt vaker voor in de rest van Nederland dan in achterstandsgebieden. In percentages uitgedrukt werd zulke intimidatie in achterstandsgebieden door 5,3% gemeld, tegen 25,5 % in de rest van Nederland. Het verschil is niet significant ($p = .047$).

Tabel 5.20: Relatieve verdeling van het aantal fysiotherapeuten dat te maken heeft gehad met verbaal geweld uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Intimideert	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Nee	74,5%	94,7%	205	
Ja	25,5%	5,3%	65	
Totaal	100,0%	100,0%	270	$p = .047^*$

Test T103, bijlage II;

AG = achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland;

bedoeld: periode voor 1995 of meer dan een jaar geleden.

Dit laatste resultaat, dat wil zeggen verbale intimidatie die vaker wordt gemeld buiten de achterstandsgebieden, is in tegenspraak met de werkhypothese. Daarnaast wijst het ontbreken van verschillen ten aanzien van de andere aspecten rond bedreiging en geweld niet op grotere moeilijkheden voor fysiotherapeuten in achterstandsgebieden.

Hierbij kan de kanttekening gemaakt worden dat dergelijke gedragingen misschien nauwelijks werden gerapporteerd, waardoor de statistische toetsing alleen met minimale aantallen kan worden gedaan en relatief grote verschillen nodig zijn voor significantie. Maar voornamelijk blijkt uit de beschikbare gegevens niet dat fysiotherapeuten in achterstandswijken vaker problemen van bedreiging door patiënten ondervinden dan elders in Nederland, eerder het tegengestelde.

5.2 Conclusies

De belangrijkste conclusies met betrekking tot de zorgzwaarte van patiënten in achterstandsgebieden en de rest van Nederland zijn:

1. Er is een duidelijk verschil met betrekking tot fysiotherapiepatiënten in achterstandgebieden; fysiotherapiepatiënten hebben minder vaak werk, vaker een uitkering (pensioen, ziektewet, AOW), zijn vaker in loondienst als ze werk hebben en hebben over het algemeen een lager opleidingsniveau. Het inkomen in achterstandsgebieden ligt, zoals verwacht, ook gemiddeld lager, afgemeten aan het percentage ziekenfondspatiënten (20% meer in AG's), terwijl er minder vaak "extra aanvullende pakketten" voorkomen, die mogelijk mede ertoe leiden dat patiënten in achterstandswijken vaker minder dan 100% van de fysiotherapie-sessies vergoed krijgen, dan in de rest van Nederland. Opmerkelijk genoeg geldt dit ook voor de particuliere patiënten in achterstandsgebieden. Daarnaast komen er in achterstandsgebieden vaker "aanvullende pakketten" voor.
2. De klachten van patiënten in achterstandsgebieden bestaan over langere tijd: er kan daarmee sprake zijn van een groter aandeel chronische patiënten, die ook vaker recidiveren.
3. Over de ernst van de klachten, die grotendeels verantwoordelijk is voor de zorgzwaarte, kan uit de beschikbare gegevens alleen indirect een beeld worden verkregen. Die uitkomsten zijn echter soms tegenstrijdig, al is het voorkomen van ernstiger klachten in achterstandsgebieden hiermee niet uit te sluiten.

4. De behandelduur gemeten in aantal sessies verschilt niet, maar wel in het aantal weken waarbinnen deze sessies plaatsvinden: in achterstandsgebieden zijn meer weken nodig.
5. De sterkste aanwijzingen voor meer ernstige klachten in achterstandsgebieden kunnen worden afgeleid uit de grotere aantallen stoornissen en aandoeningen, en het feit dat meer beroep wordt gedaan op sociaal-medische hulpverleners. Daarnaast dragen hieraan bij de verwachtingen van fysiotherapeuten voorafgaand aan de behandeling, en de beoordeling van de resultaten achteraf: er wordt in achterstandsgebieden minder vaak volledig herstel, vaker partieel herstel of slechts stabilisatie geconstateerd.
Dat wijst op ernstiger en langer bestaande klachten, stoornissen en beperkingen.
Overigens kan ook uit de hierboven gebleken sociale achterstandskenmerken worden afgeleid dat in achterstandsgebieden de kans op een minder goede gezondheid groter is; hetzelfde geldt voor het wonen in achterstandswijken en het minder onderwijs genoten hebben.
6. Er is geen verschil gevonden en dus ook geen slechtere verstandhouding tussen fysiotherapeuten en patiënten in achterstandsgebieden, ook niet op grond van bedreigingen jegens fysiotherapeuten, op 'ooit' een verbale bedreiging na. Zulke bedreiging komt echter vaker in de rest van Nederland voor dan in achterstandsgebieden. Wel wordt de behandeling vaker door de patiënt voortijdig beëindigd, hetgeen op communicatieproblemen kan duiden (taal, cultuur, therapietrouw), maar ook op meer financiële problemen voor patiënten.
7. Concluderend komt het beeld naar voren van fysiotherapiepatiënten die in achterstandsgebieden verschillen qua sociale achterstandskenmerken (minder opleiding en werk, vaker ziekenfondsverzekering) met een vaker voorkomend chronisch of langer bestaand klachtenpatroon, terwijl het aantal stoornissen en beperkingen op het gebied van de fysiotherapie groter is en er minder vaak volledig herstel optreedt, al bestaat er geen verschil in het aantal zittingen.
Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de bewerkelijkheid van zulke patiënten, zowel in de communicatieve als in de therapiesfeer, groter is en dat dit kan wijzen op een grotere zorgzwaarte voor fysiotherapeuten in achterstandsgebieden (binnen het maximale toegestane aantal zittingen), vergeleken met de rest van Nederland.

6 PRAKTIJKEN FYSIOTHERAPIE EN WERKLAST

In dit hoofdstuk worden een aantal kenmerken besproken van de praktijken van fysiotherapeuten en de wijze waarop deze praktijken georganiseerd zijn. Hieruit kunnen mogelijk indicaties worden afgeleid over verschillen in werklast en werkomstandigheden tussen praktijken in achterstandsgebieden en de rest van Nederland.

6.1 Omvang en Samenstelling

In de fysiotherapiepraktijken zijn enerzijds maatschapshouders werkzaam en anderzijds medewerkers in loondienst. De meeste gegevens hierover komen uit de *“Registratie van fysiotherapeuten”* van het Nivel.

Indien in de eerste plaats gekeken wordt naar de gemiddelde omvang van een praktijk (aantal werkzame fysiotherapeuten) dan blijkt deze in achterstandsgebieden significant groter te zijn (3,1) dan in de rest van Nederland (2,6). In percentages uitgedrukt zijn het vooral de grotere praktijken met drie of meer personen die vaker in de achterstandsgebieden voorkomen, terwijl ‘eenmanszaken’ vaker in de rest van Nederland voorkomen (tabel 6.1).

Tabel 6.1: Relatieve verdeling van de omvang van fysiotherapiepraktijken uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Omvang	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
1 persoon	40,7%	30,3%	1.845	
2 personen	22,1%	20,7%	1.016	
3 personen	13,0%	18,3%	614	
4-5 personen	15,0%	19,0%	705	
6+ personen	9,2%	11,7%	431	
Totaal	100,0%	100,0%	4.611	p= .001***

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

De vraag is of er ook verschillen zijn als gekeken wordt naar het totaal aantal fte per praktijk. Helaas zijn hierover geen betrouwbare gegevens beschikbaar. We komen hierop terug bij de bespreking van het aantal gewerkte uren per week (hoofdstuk 7).

Als vervolgens wordt gekeken naar het aantal maatschapshouders en medewerkers in loondienst, dan blijkt dat er tussen de twee onderscheiden gebieden een significant verschil bestaat (tabel 6.2). In de achterstandsgebieden zijn er relatief meer maatschapshouders (70,6%) dan elders in Nederland (67%).

Tabel 6.2: Relatieve verdeling van het aantal praktijken naar type functie van de fysiotherapeut uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Type functie	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Medewerker	33,0%	29,4%	3.980	
Maatschapslid	67,0%	70,6%	8.165	
Totaal	100,0%	100,0%	12.145	p= .025*

Test R13, bijlage I;
AG =achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Ten aanzien aantal maatschapsleden per praktijk blijkt dat het gemiddelde in de achterstandsgebieden significant hoger is (2,3) dan in de rest van Nederland (1,8) (significant, $p < .001$). Uit tabel 6.2 blijkt dan ook dat in de achterstandsgebieden veel meer praktijken voorkomen met meer dan 3 maatschapsleden.

Tabel. 6.2: Relatieve verdeling van het aantal praktijken naar aantal maatschapsleden uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Praktijken met	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
1 maatschapslid	60,3%	47,8%	2.706	
2 maatschapsleden	22,1%	20,8%	1.001	
3 of 4 maatschapsleden	12,6%	20,4%	594	
Meer dan 5 maatschapsleden	5,1%	11,1%	250	
Totaal	100,0%	100,0%	4.551	p= .000***

Test R15, bijlage I;
AG =achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Ten aanzien van het aantal medewerkers in loondienst worden er geen significante verschillen waargenomen tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland (R6, R16) (zie tabel 6.3). Gemiddeld komt er per praktijk bijna één medewerker voor, maar de meeste praktijken, ruim 59 %, hebben geen medewerker in loondienst. Ook daarin verschillen de achterstandsgebieden niet van de rest van Nederland.

Tabel. 6.3: Relatieve verdeling van het aantal praktijken naar aantal medewerkers in loondienst uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Praktijken met	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
0	59,5%	59,3%	2.744	
1 medewerker	18,9%	18,0%	869	
2 medewerkers	9,0%	11,3%	423	
3 medewerkers	8,7%	7,7%	398	
4 of 5 medewerkers	3,9%	3,7%	177	
Totaal	100,0%	100,0%	4.611	p= .713 n.s.

AG =achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Met betrekking tot het aantal medewerkers in loondienst werden in het onderzoek *Fysiotherapeuten en toekomst* ook geen verschillen gevonden tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland (T2, T3).

6.2 Verstandhouding

In het onderzoek *“Fysiotherapeuten en toekomst”* zijn een aantal vragen opgenomen met betrekking tot de ondersteuning door collega's en leidinggevendenden. Het werk zou zwaarder gevonden kunnen worden indien er onderling een slechtere verhouding bestaat (persoonlijk, door de organisatie, door de beschikbare middelen e.d.).

De vragen betroffen de verstandhouding en de ervaren waardering van directe collega's, van collega's elders (in andere praktijken) en van leidinggevendenden, en of zij met hen over problemen konden praten of meenden op hen te kunnen rekenen (T67-T78).

In het algemeen bleek dat zowel in achterstandsgebieden als in de rest van Nederland het merendeel van de fysiotherapeuten de onderlinge verstandhouding als 'goed' tot 'zeer goed' beoordeelt (tabel 6.2). Opvallend is echter dat het percentage fysiotherapeuten dat de verstandhouding met directe collega's slecht tot matig beoordeelt in de achterstandsgebieden veel hoger is (37,6%) dan elders in Nederland (8,1%) (T101).

Tabel 6.4: Verstandhouding met directe collega's uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Mening	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Slecht	2,1%	6,3%	6	
Matig	6,0%	31,3%	19	
Goed	52,4%	43,8%	129	
Zeer goed	39,5%	18,8%	95	
Totaal	100,0%	100,0%	249	p=.001**

Test T101, bijlage II;

AG = achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

Bij andere soortgelijke vragen naar de verstandhouding, bleken er geen verschillen tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland, zodat er geen algemene negatieve lijn in de antwoorden te ontdekken valt. Alleen bij de vraag of men dacht op directe collega's te kunnen rekenen kwam bij de uitsplitsing in percentages significantie voor (T102, alleen met Chi-2; N.B. niet bij de toets voor gemiddelden, T73, al bestaat daar wel een tendens, met $p=.073$, n.s.). Daarbij zei een verrassend hoog percentage, een derde van de respondenten, in achterstandsgebieden 'zelden' of 'nooit' op directe collega's te kunnen rekenen, terwijl dit slechts bij circa tien procent in de rest van Nederland voorkwam (tabel 6.5).

Tabel 6.5: “Kan rekenen op directe collega's “ uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Mening	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Nooit	3,2%	13,3%	9	
Zelden	7,2%	20,0%	19	
Meestal wel	45,9%	26,7%	106	
Altijd	43,7%	40,0%	103	
Totaal	100,0%	100,0%	237	p=.048*

T102, bijlage II;

AG = achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

De achtergrond van de beide vormen van een enigszins slechtere onderlinge verhouding in achterstandsgebieden is niet duidelijk. Het lijkt op enige onvrede in de onderlinge relaties te wijzen. Men zou kunnen speculeren dat grotere praktijken (grotere praktijken komen vaker voor in achterstandswijken) door meer anonimiteit dit in de hand werken. Maar het is ook mogelijk dat het komt door een als zwaarder ervaren werklast in achterstandsgebieden, die aldaar minder goed met collega's kan worden gedeeld. Zonder nader onderzoek echter blijft een dergelijke veronderstelde oorzaak speculatief.

6.3 Conclusies

1. Er is slechts een beperkt aantal gegevens over fysiotherapiepraktijken beschikbaar.
2. De omvang van de praktijken, uitgedrukt in aantal personen, is gemiddeld groter in achterstandsgebieden dan in de rest van Nederland, maar het verschil is niet groot. Met name praktijken bestaande uit drie personen of meer komen vaker in achterstandsgebieden voor. Fte's waren niet beschikbaar, zodat hierover geen verschil kon worden berekend. In elk geval wijst het grotere aantal fysiotherapeuten per praktijk in achterstandswijken op een - zij het gering - structureel verschil in de praktijkorganisatie.
3. Verhoudingsgewijs komen er in achterstandsgebieden meer maatschapsleden dan medewerkers in loondienst voor, maar het verschil is klein. In achterstandsgebieden zijn er vaker praktijken met drie of meer maatschapsleden dan in de rest van Nederland en minder 'eenmanszaken'. Het aantal medewerkers in loondienst is echter even groot als in de rest van Nederland.
4. De verstandhouding met collega's en leidinggevendenden is in het algemeen uitstekend, maar in achterstandsgebieden wordt er soms een minder goede onderlinge verhouding gevonden. De betekenis en de oorzaak daarvan zijn onduidelijk, maar kunnen wellicht wijzen op een zekere onvrede in de werksituatie.
5. Daarmee kan alleen worden geconcludeerd dat er in achterstandsgebieden wat grotere praktijken, qua aantal fysiotherapeuten, voorkomen en dat het mogelijk is dat er meer onvrede bestaat in de onderlinge werkverhouding. Of beide samengaan is onduidelijk, evenals de oorzaak van de mogelijke onvrede. In elk geval valt ten aanzien van de werkhypothese hieruit nog weinig op te maken dat wijst op een grotere zorgzwaarte of werklast.

7 FYSIOTHERAPEUTEN EN WERKLAST

In dit hoofdstuk wordt een aantal kenmerken, meningen en ervaringen van fysiotherapeuten weergegeven met betrekking tot de beroepsuitoefening, het beroep van fysiotherapeut en de lichamelijke en psychische gezondheid. Dit zijn kenmerken die mogelijk een verband hebben met de objectieve of subjectieve werklust.

7.1 Beroepsuitoefening

De gegevens over kenmerken, meningen en ervaringen van fysiotherapeuten zijn afkomstig uit de *“Registratie fysiotherapeuten”* van het Nivel en het onderzoek *“Fysiotherapeuten en toekomst”*. De gegevens uit laatstgenoemde onderzoek hebben vooral betrekking op de beoordeling van het eigen werk en de psychische beleving ervan. Deze kunnen indicatief zijn, dan wel aanwijzingen kunnen opleveren voor een grotere werklust, werkdruk of werklust. Hierbij worden twee soorten werklust onderscheiden, de objectieve en subjectieve. De ‘objectieve werklust’ wordt hier beschouwd als min of meer objectief vast te stellen grootheden, zoals de duur van de werkweek en de verhouding van patiëntgebonden versus de niet-patiëntgebonden tijd. De ‘subjectieve werklust’ bestaat uit de ervaren werklust. Een hogere werkdruk, werklust of zorgzwaarte kunnen ertoe leiden dat er een hogere werklust wordt ervaren. Die behoeft niet direct samen te hangen met de objectieve werklust, omdat dit ook mede van de persoonlijke instelling en mogelijkheden afhangt. Het kan wel een indicatie ervan geven. Verder moet worden opgemerkt dat de hier weergegeven indicatoren van werklust niet de enige of de enig mogelijke indicatoren zijn. Wel zijn het de enig beschikbare indicatoren in de hier geanalyseerde onderzoeken.

7.1.1 Duur van de werkweek

Op basis van gegevens uit de *“Registratie fysiotherapeuten”* van het Nivel kan inzicht worden gegeven omtrent het aantal werkzame uren van extramuraal werkende fysiotherapeuten. Daarbij moet worden aangetekend dat deze gegevens door een hoge non-respons voor slechts de helft van de circa 12.000 fysiotherapeuten beschikbaar is.

Uren per week

Ten aanzien van het gemiddeld aantal uren dat fysiotherapeuten per week werkzaam zijn (R4) blijken er geen significante verschillen te zijn tussen fysiotherapeuten in achterstandsgebieden en daarbuiten. Echter indien in plaats van het gemiddelde aantal uren gekeken wordt naar de relatieve verdeling van het aantal uren, dan blijken hierbij wel enkele opvallende verschillen te bestaan, die ook nog significant zijn (R14)(tabel 7.1).

Tabel 7.1: Relatieve verdeling van het aantal uren die fysiotherapeuten per week werkzaam zijn, uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Uur per week	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
1-19	20,5%	18,8%	1.278	
20-25	21,7%	25,4%	1.380	
26-35	17,2%	15,6%	1.073	
36-40	20,8%	26,9%	1.335	
41-49	7,4%	5,3%	456	
50-80	12,3%	7,9%	749	
Totaal	100,0%	100,0%	6.271	p=.001**

R14, bijlage I;
AG =achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Uit tabel 7.1 blijkt dat in achterstandsgebieden wat hogere percentages worden gevonden in de categorieën 20-25 uur en 36-40 uur per week, en wat lagere percentages bij meer dan 40 uur per week. Zeer lange werktijden komen in achterstandsgebieden dus relatief minder vaak voor.

Uit het onderzoek "*Fysiotherapeuten en toekomst*" kunnen nog enkele aanvullende, maar meer subjectieve gegevens over het aantal werkuren worden afgeleid. De steekproef was weliswaar representatief voor het percentage fysiotherapeuten in achterstandsgebieden, maar in vergelijking met de "*Registratie fysiotherapeuten*" bestaan er enkele afwijkingen die mogelijk met de steekproef te maken kunnen hebben. Zo ontbraken de fysiotherapeuten die meer dan 40 uur per week werken in de achterstandsgebieden (T98). Mogelijk mede hierom werd nu *wel* een significant verschil gevonden in het gemiddeld aantal gewerkte uren per week (gemiddeld 27,4 uur in AG, 34,4 uur in de RvN; T1; tabel 7.2). Dit wijkt af van de resultaten uit de "*Registratie fysiotherapeuten*", waar geen verschil wordt gevonden.

Tabel 7.2: Relatieve verdeling van het aantal uren die fysiotherapeuten per week werkzaam zijn, uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Uur per week	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Tot 21 uur	19,8%	30,0%	56	
21-32	22,2%	40,0%	64	
33-40	31,0%	30,0%	84	
41-50	20,6%	0%	52	
Meer dan 50 uur	6,3%	0%	16	
Totaal	100,0%	100,0%	272	p=.066 n.s.

Test T98, bijlage II;
AG =achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Gezien de veel grotere aantallen in de "*Registratie fysiotherapeuten*" zijn de resultaten hieruit waarschijnlijk betrouwbaarder, hoewel er in dat onderzoek ten aanzien van deze variabele geen non-respons analyse is uitgevoerd. We moeten daarom vooralsnog tot de conclusie komen dat er tussen fysiotherapeuten werkzaam in achterstandsgebieden en fysiotherapeuten die elders in Nederland werkzaam zijn geen verschillen bestaan in de gemiddelde lengte van de werkweek. Het is echter niet ondenkbaar dat buiten achterstandsgebieden er meer fysiotherapeuten zijn die zeer lange werkweken maken.

Wensen

Met betrekking tot de wensen van fysiotherapeuten omtrent het aantal werkzame uren per week, blijkt dat bijna driekwart van de fysiotherapeuten tevreden is en wil ruim een vijfde langer werken (tabel 7.3). Hoewel er enige verschillen bestaan tussen de fysiotherapeuten in achterstandsgebieden en fysiotherapeuten elders moet er bij worden aangetekend dat veel respondenten de vraag niet hebben beantwoord, zodat de waarde van de antwoorden erg beperkt is. Indien het werk in achterstandsgebieden zwaarder zou zijn dan zou men hier eigenlijk wel een verschil verwachten, met een grotere voorkeur voor korter werken (al zal de geringere beloning hiervoor juist weer een rem kunnen zijn).

Tabel 7.3: Wensen van fysiotherapeuten t.a.v. meer of minder uren werken per week, gesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Wil werken	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Liever meer uren	22,4%	50,0%	18	
Niet meer of minder	73,1%	50,0%	52	
Liever minder uren	4,5%	0%	3	
Totaal	100,0%	100,0%	73	p=.303 n.s.

Test T99, bijlage II;

AG = achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

Voor zover werklast betrekking heeft op de *gemiddelde* werkweek kan er geen verschil tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland worden geconstateerd. Echter, ten aanzien van de zeer lange werktijden blijkt dat deze meer voorkomt in de rest van Nederland dan in de achterstandsgebieden. Dit laatste kan oorzaken hebben die met het beschikbare materiaal echter niet achterhaald kunnen worden. Indien de werklast beperkt zou zijn tot dit criterium betekent dat de veronderstelling van een grotere werklast in achterstandsgebieden niet wordt ondersteund.

Er zijn echter ook andere criteria, die niet in de beschikbare onderzoeken voorkwamen. Zo kon de mening niet worden onderzocht in hoeverre in achterstandsgebieden meer onbetaalde activiteiten moeten worden ontplooid die eigenlijk tot de betaalde zouden behoren. Er zou dus aangetoond moeten worden dat zulke onterecht onbetaalde activiteiten vaker in achterstandsgebieden dan elders voorkomen. Dat is op voorhand overigens niet duidelijk, wanneer de oorzaak een landelijk geldende regeling is, die dergelijke onbetaalde activiteiten veroorzaakt. In elk geval ontbraken in de gebruikte onderzoeken gegevens om dit te toetsen.

7.1.2 Patiëntgebonden versus niet-patiëntgebonden tijd

Van groot belang voor de veronderstelde zwaardere werklast in achterstandsgebieden is de verdeling patiëntgebonden tijd en de niet-patiënt gebonden tijd (T4, T5). Immers, indien het moeilijker is om met patiënten te werken of indien patiënten moeilijker instructies of adviezen begrijpen, zou dit kunnen leiden tot relatief meer patiëntgebonden tijd.

In het onderzoek "*Fysiotherapeuten en toekomst*" is naar de patiëntgebonden tijd gevraagd en de resultaten daarvan worden in tabel 7.4 weergegeven.

In strijd met de verwachting vertoont noch de patiënt-gebonden tijd, noch de niet-patiënt gebonden tijd enig verschil, wanneer achterstandsgebieden met de rest van Nederland worden vergeleken. Het geringe verschil in percentage moet aan toeval worden toegeschreven en is zelfs bij lange na niet significant ($p=.609$).

Tabel 7.4: Relatieve verdeling van de patiëntgebonden en niet patiënt gebonden tijd, uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Tijdsbesteding	% RvN	% AG	Aantal
Patiëntgebonden tijd	81,0%	79,5%	
Niet-patiëntgebonden tijd	19,0%	20,5%	
Totaal	100,0 %	100,0%	264
p	.609 n.s.	.609 n.s.	

Test T4, T5, bijlage II;

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland;

p =significantie F-test Anova.

Er wordt dus geen verschil gevonden in patiëntgebonden tijd tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland, en dit is niet conform de werkhypothese.

Opgemerkt moet worden dat de enquêtevraag een subjectieve beoordeling inhoudt en de tijd niet met een stopwatch gemeten is. Maar indien fysiotherapeuten het idee zouden hebben dat het werk veel zwaarder en intensiever is in achterstandsgebieden dan zou men wellicht toch juist in deze subjectieve beoordeling verschillen verwachten.

7.2 Meningen over beroep

De meningen van fysiotherapeuten over het eigen beroep laten geen enkel verschil zien tussen de achterstandgebieden en de rest van Nederland (T14-T22). Er is geen verschil in de mening over het aanzien van zelfstandig gevestigde fysiotherapeuten, dan wel van het aanzien van fysiotherapeuten in loondienst. Hetzelfde geldt voor de beoordeling van de aantrekkelijkheid van het beroep voor hen die in loondienst zijn dan wel zelfstandig zijn gevestigd (tabellen 7.5, 7.6).

Tabel 7.5: Mate van aantrekkelijkheid om het beroep van fysiotherapeut als zelfstandige uit te oefenen uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Beroep is	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Onaantrekkelijk	2,8%	5,0%	8	
Neutraal	15,7%	0%	40	
Aantrekkelijk	81,5%	95,0%	226	
Totaal	100,0%	100,0%	274	p=.144 n.s.

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland.

Er is ook geen verschil voor de interesse in het werk, het plezier hebben in het werk, de mening dat het beroep inspireert om goed te presteren, dat men opnieuw fysiotherapie als beroep zou kiezen en dat men bij hetzelfde salaris geen ander werk zou kiezen.

Tabel 7.6: Mate van aantrekkelijkheid om het beroep van fysiotherapeut in loondienst uit te oefenen uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Beroep is	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Onaantrekkelijk	27,1%	20,0%	73	
Neutraal	30,2%	25,0%	82	
Aantrekkelijk	42,7%	55,0%	120	
Totaal	100,0%	100,0%	275	p=.561 n.s.

AG = achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Ook bij de meningen over de (eigen) toekomst treden nauwelijks verschillen op (T23-T27). Echter, ook bij de vraag over de kans dat men over 5 jaar nog fysiotherapeut is, de vraag over de verwachte behoefte aan fysiotherapie en de vraag over het gebruik van fysiotherapie treden geen significante verschillen op tussen achterstandsgebieden en elders. Alleen bij de vraag over het verwachte eigen inkomen in de toekomst is sprake van een significant verschil (T100; tabel 7.7). In achterstandsgebieden zijn meer fysiotherapeuten optimistisch en denken zij vaker dat hun inkomen zal stijgen (30%) dan in de rest van Nederland (10%). In de rest van Nederland worden hogere percentages gevonden bij het gelijk blijven of dalen van het verwachte inkomen in de toekomst.

Tabel 7.7: Verwachting met betrekking tot het inkomen in de toekomst uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Inkomen	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Stijgt	10,0%	30,0%	31	
Blijft gelijk	37,8%	25,0%	99	
Daalt	52,2%	45,0%	139	
Totaal	100,0%	100,0%	269	p=.025*

Test T100, bijlage II;
AG = achterstandsgebieden;
RvN = rest van Nederland.

Uit bovengenoemde resultaten kan derhalve niet worden afgeleid dat fysiotherapeuten in achterstandsgebieden het beroep minder aantrekkelijk vinden of aldaar minder arbeidstevredenheid zouden zijn of de toekomst negatiever zouden inzien dan in de rest van Nederland. Een derde van de fysiotherapeuten in achterstandsgebieden denkt zelfs in de toekomst meer te gaan verdienen. Dit kan dan ook niet als steun aan de werkhypothese worden uitgelegd, eerder van het tegendeel, al zijn de meeste verschillen niet significant.

7.3 Gezondheid, beroep en werklust

In het onderzoek *“Fysiotherapeuten en toekomst”* was een reeks enquêtevragen opgenomen over de lichamelijke en psychische gezondheid van fysiotherapeuten, zoals beoordeeld door hen zelf. Vooral de vragen die wezen op psychische vermoeidheid zijn hier geanalyseerd, omdat dit in verband kon staan met de (ervaren) werkdruk in achterstandsgebieden. Verondersteld wordt dat een grotere zorgzwaarte in achterstandsgebieden tot een grotere, ervaren werkdruk kan leiden, met meer psychische of lichamelijke vermoeidheid en mogelijk ook eerder burn-out verschijnselen.

7.3.1 Fysieke gezondheid

De vraag naar de eigen fysieke gezondheid van fysiotherapeuten (T28) leverde in elk geval geen verschil op, noch de vragen naar drank- en sigarettengebruik en naar rugklachten. Daarom werden de lichamelijke gezondheidsvragen niet verder bekeken.

7.3.2 Vermoeidheid

Wat de psychische gezondheid betreft bleken er van de 16 vragen naar vormen van vermoeidheid 'na een werkdag' slechts twee vragen een significant verschil tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland op te leveren (zie T29-T44; overzicht 7.1).

In achterstandsgebieden zeiden fysiotherapeuten significant vaker dat zij concentratie moeilijkheden hadden en dat zij vaker fouten maakten bij het aflezen van kaarten e.d. (T31, T32; tabellen 7.8, 7.9).

Tabel 7.8: Fouten maken bij aflezen van kaarten door fysiotherapeuten, uitgesplitst naar type gebied (AG en RvN)

Maakt fouten	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Mee eens	2,0%	10,5%	7	
Neutraal	3,9%	10,5%	12	
Mee oneens	94,1%	78,9%	255	
Totaal	100,0%	100,0%	274	p=.026*

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland;

Antwoorden op vijf-punts schaal, teruggebracht tot drie.

Tabel 7.9: Concentratie moeilijkheden bij fysiotherapeuten, uitgesplitst naar type gebied (AG of RvN)

Problemen	% RvN	% AG	Aantal	Significantie Chi-2
Mee eens	6,6%	26,3%	22	
Neutraal	8,9%	10,5%	25	
Mee oneens	84,4%	63,2%	229	
Totaal	100,0%	100,0%	276	p=.008*

AG =achterstandsgebieden;

RvN = rest van Nederland;

Antwoorden op vijf-punts schaal, teruggebracht tot drie.

Alle andere vragen lieten geen verschil zien. De vragen worden hier voor de volledigheid apart weergegeven (overzicht 7.1).

Overzicht 7.1: Hoe u zich tegen het einde van een gemiddeld werkdag voelt?

-
- (1) Vertraagd in bewegingen
 - (2) Aandacht zakt steeds weg
 - (3) Fouten maken bij het aflezen van kaarten, klok e.d.
 - (4) Concentratieproblemen
 - (5) Geen aandacht bij het werk
 - (6) Vaak fouten moeten herstellen
 - (7) Moeite met planning van eigen handelen
 - (8) 'Slapen' met de ogen open
 - (9) Fouten maken bij het invullen van lijsten, dossier, recepten e.d.
 - (10) De gedachten de vrije loop laten
 - (11) Niet automatisch verschillende dingen achter elkaar kunnen doen
 - (12) Risico's nemen die eigenlijk te groot zijn
 - (13) Gevoel dat je over je eigen benen struikelt
 - (14) Als een automaat doorwerken
 - (15) Met grootste moeite het werk waar je mee bezig bent kunnen voortzetten
 - (16) Weerstand bij jezelf overwinnen om tot activiteit te komen
-

Bron: vragenlijst *Fysiotherapeuten en toekomst*;

N.B. bipolaire items, alleen tekst van linkerkant weergegeven.

In de meeste gevallen zijn er geen aanwijzingen van verschillen ten aanzien van een grotere vermoeidheid of uitputting tussen fysiotherapeuten afkomstig uit achterstandsgebieden en de rest van Nederland.

Van de 16 antwoorden kon een schaal worden gemaakt, die varieerde van: geen vermoeidheid tot sterke vermoeidheid 'na een dag werken' (Cronbach alpha: .94; N=267). Met statistische variantie-analyse (Anova) werd berekend of er wellicht op schaalniveau verschillen in gemiddelde vermoeidheid tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland konden worden gevonden. Dat bleek echter niet het geval ($F=1.42$, $p=.235$ n.s.).

7.3.3 Burn-out

Voor dit onderdeel werden enquêtevragen geanalyseerd die samenhangen met langdurige psychische vermoeidheid of burn-out tijdens en door het werk. Deze vragen vormen samen de Utrechtse Burnout Schaal (of UBOS; Schaufeli en Van Dierendonck 1994, 2000). Daartoe werden ook de drie subschalen van de UBOS getest op verschillen in gemiddelde scores van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden en de rest van Nederland. Deze schalen hebben betrekking op "emotionele uitputting", "persoonlijke bekwaamheid" en "depersonalisatie". De schalen bleken psychometrisch redelijk te voldoen (3 factoren; Cronbach alpha's van *emotionele uitputting*: .88; van *persoonlijke bekwaamheid*: .75; en van *depersonalisatie*: .71; $N = 266 - 272$).

Echter, er trad bij geen van de subschalen een significant verschil op (resp. F 's = 0,244; 0,809 en 0,016; resp. p 's = .622 n.s.; .369 n.s.; .900 n.s.).

Uit de tot nu toe gepresenteerde resultaten ten aanzien van gezondheid beroep en werklust blijken slechts twee items significante verschillen op te leveren; te weten de concentratieproblemen en fouten bij het aflezen. De richting van de verschillen is in de richting van de werkhypothese en er zijn geen significante verschillen in tegengestelde richting gevonden (contra de werkhypothese).

Daaruit zou enige, maar niet zeer uitgebreide steun voor de veronderstelling kunnen worden afgeleid dat het werk in achterstandsgebieden wat zwaarder zou zijn voor fysiotherapeuten, althans in hun beleving ervan. Aangezien er ook geen verschillen in de (beleving van de) lichamelijke gezondheid worden gevonden, is het mogelijk dat de geringe psychische verschillen hun oorzaak in het werk vinden. Maar zonder nader onderzoek zijn alle andere oorzaken voor zulke verschillen vooralsnog niet uit te sluiten.

7.4 Conclusies

De kenmerken, ervaringen en meningen van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden en de rest van Nederland leiden tot de volgende conclusies:

1. Er is geen verschil tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland met betrekking tot het gemiddelde aantal uren per week waarin fysiotherapeuten werkzaam zijn. Echter zeer lange werktijden (meer dan 50 uur) komen minder vaak in achterstandsgebieden voor.
2. Er is geen verschil in de verhouding patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland. De patiëntgebonden tijd bedraagt overal circa 80 % van de werktijd.
3. Er wordt geen verschil gevonden in de beoordeling van het eigen beroep of de eigen arbeidstevredenheid. Wel wordt er in achterstandsgebieden een hoger inkomen verwacht in de toekomst.
4. Er is geen verschil in ervaren fysieke gezondheid.
5. Er bestaat weinig verschil in psychische vermoeidheid, stress en burn-out. Slechts bij 2 items werden wel significante verschillen genoteerd, te weten in achterstandsgebieden rapporteren fysiotherapeuten na een dag werken een slechtere concentratie en vaker fouten bij het aflezen. Dit zou enigszins kunnen wijzen op een mogelijk zwaardere belasting in de beleving van aldaar werkzame fysiotherapeuten, te meer daar geen van de overige vragen significante verschillen in tegenovergestelde richting opleveren.
6. Er bestaat daarmee weinig steun voor de veronderstelling van een grotere *objectieve* werklast in achterstandsgebieden, omdat de twee belangrijkste indicatoren daarvan, de duur van de werkweek en de al of niet patiëntgebonden tijd, geen verschillen te zien geven. Het minder voorkomen van erg lange werkweken, wijst zelfs op het tegendeel van de werkhypothese, al is de gemiddelde werkduur per week gelijk voor achterstandsgebieden en de rest van Nederland.
7. Er bestaat tevens geringe, maar niet geheel afwezige steun voor het bestaan van een grotere *subjectieve* werklast, op twee vermoeidheidsvragen na. Deze twee zijn wel in de richting van de werkhypothese beantwoord.
8. Opgemerkt zij daarbij dat bij de laatste analyse (punt 7) de steekproef weliswaar representatief was, maar het aantal fysiotherapeuten in achterstandsgebieden gering was. Bij grotere aantallen is het mogelijk dat er meer significante verschillen zouden zijn opgetreden. Alleen een omvangrijk steekproefonderzoek kan daarin uitsluitsel geven.
9. Echter, gezien de veronderstelde reputatie van de populatie in achterstandswijken, zijn deze resultaten vooralsnog opmerkelijk mager. Kennelijk kan ook in achterstandsgebieden met evenveel plezier en inzet het beroep van fysiotherapeut worden uitgeoefend ondanks de bestaande sociale en andere problemen dit het werk compliceren.

8 SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

8.1 Vraagstelling en werkmodel

In het kader van het Brancherapport Curatieve Somatisch Gezondheidszorg 2000 heeft het Nivel in opdracht van het ministerie van VWS een verdiepingsstudie uitgevoerd naar de zorgzwaarte en werklust van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden.

De centrale vraagstelling voor dit onderzoek is::

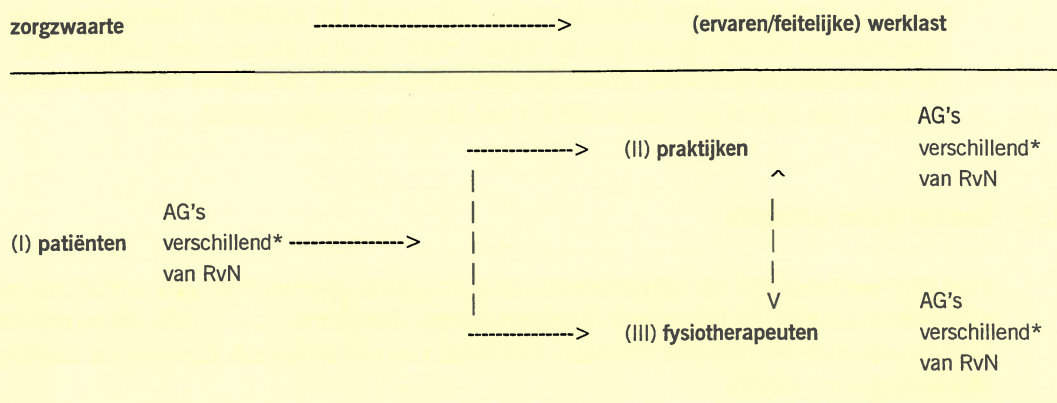
In hoeverre zijn er binnen de extramurale fysiotherapie verschillen in zorgzwaarte en werklust tussen fysiotherapeuten die werkzaam zijn in achterstandsgebieden en fysiotherapeuten die elders in Nederland werkzaam zijn?

De studie heeft vooral een exploratief karakter en bestaat uit een beknopte literatuurstudie en een secundaire analyse van drie relevante gegevensbestanden.

Op grond van een verkenning van de definities van zorgzwaarte, werklust en achterstandsgebieden is een voorlopig werkmodel opgesteld voor de interpretatie van de resultaten (schema 8.1).

Hierbij speelt de volgende werkhypothese een centrale rol: *de zorgzwaarte en werklust van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden (AG's) is groter dan die in de rest van Nederland (RvN). Wanneer er verschillen worden aangetoond tussen achterstandsgebieden en daarbuiten, dan kan een causaal verband tussen zorgzwaarte en werklust worden vermoed waarbij een grotere zorgzwaarte leidt tot een zwaardere werklust.* Samen vormen deze aannamen het voorgestelde werkmodel.

Schema 8.1 Werkmodel analyse fysiotherapie en achterstandsgebieden



AG = achterstandsgebied;

RvN = rest van Nederland;

* = significant verschillend (of niet).

8.2 Literatuurstudie

Er zijn vrijwel geen specifieke studies bekend waarin de zorgzwaarte en werklast bij fysiotherapeuten in achterstandsgebieden is onderzocht. Dit betekent dat alleen op indirecte wijze enkele relevante onderzoeksresultaten zijn gevonden, waarvan de belangrijkste zijn:

1. Er is een *oververtegenwoordiging* van patiënten met lage opleiding en lage sociaal-economische positie in fysiotherapiepraktijken. Zulke patiënten hebben vaker ernstige of meer chronische aandoeningen en vereisen daarom mogelijk meer behandelingen en aandacht. Het is om die reden mogelijk dat er in achterstandsgebieden met dergelijke populaties patiënten een grotere zorgzwaarte bestaat.
2. Er bestaat mogelijk juist een *ondervertegenwoordiging* van allochtonen in fysiotherapiepraktijken, omdat zij vaker onbekend zijn met Nederlandse instellingen door hun sociaal-economische positie, door meer communicatieproblemen dan wel door specifieke culturele opvattingen. Over het aandeel allochtonen in fysiotherapiepraktijken is niets bekend, anders dan dat zij disproportioneel vertegenwoordigd zijn in achterstandswijken.
3. In één enkel onderzoek is een effect geconstateerd van een achterstandspopulatie op de *werklast* van huisartsen. Over een soortgelijk effect op fysiotherapeuten is niets bekend, maar zo'n effect is op voorhand niet direct uit te sluiten wanneer de patiëntenpopulaties overeenkomsten vertonen met die van huisartsen in zulke gebieden.
4. Fysiotherapeuten ervaren in het algemeen minder werkstress dan huisartsen en specialisten maar meer dan niet-medici, en er is een verband mogelijk met de negatieve kanten van de ervaren werkdruk en de honorering. Hierbij is echter niets bekend over achterstandsgebieden.
5. Er moet geconstateerd worden dat de geringe hoeveelheid bestaand onderzoek te veel lacunes vertoont voor duidelijke conclusies. Juist daardoor is het echter vooralsnog niet uit te sluiten dat in achterstandsgebieden een hogere feitelijke of ervaren werkstress bestaat bij fysiotherapeuten op grond van een grotere zorgzwaarte bij achterstandspatiënten. Sommige indicaties zijn echter tegenstrijdig en wijzen zowel op over- als op ondervertegenwoordiging van achterstandskennmerken in achterstandswijken. Nader onderzoek naar zorgzwaarte en werklast kan door deze onduidelijkheid wel gerechtvaardigd worden.

8.3 Secundaire analyse

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van een drietal bestaande gegevensbestanden: de *Registratie fysiotherapeuten* (Hingstman c.s. 2000), het onderzoek *Fysiotherapeuten en toekomst* (Kersten 1997a/b/c) en het onderzoek *Beperkende maatregel* (Pijnenborg c.s., 1998).

8.3.1 Fysiotherapie in achterstandsgebieden

1. Het gebruikte criterium achterstandsgebied voldoet in de geanalyseerde gegevensbestanden aan de verwachtingen op belangrijke controleerbare punten: de mate van stedelijkheid en het percentage allochtonen.
2. De werkomgeving van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden wijkt sterk af van de 'gemiddelde' praktijk in Nederland: de achterstandspraktijk is grootstedelijk met hoge per-

centages allochtonen en vooral gelegen in Zuid- en Noord-Holland, al komen ze ook in andere provincies en in middelgrote steden voor.

3. Van de patiënten in de extramurale fysiotherapie in het onderzoek *"Beperkende maatregel"* was 8,8 procent afkomstig uit praktijken in achterstandsgebieden. Onduidelijk is of dit cijfer als representatief kan worden beschouwd.
4. Van alle extramurale fysiotherapiepraktijken is 6,5 procent gelegen in achterstandsgebieden. Dit cijfer, afkomstig uit de *"Registratie fysiotherapeuten"*, mag als representatief voor Nederland worden beschouwd.
5. Van alle extramurale fysiotherapeuten is 7,5 procent werkzaam in achterstandsgebieden. Ook dit cijfer is representatief op basis van de *"Registratie fysiotherapeuten"*.
6. Er zijn geen verschillen gevonden tussen fysiotherapeuten werkzaam in achterstandsgebieden en daarbuiten met betrekking tot persoonskenmerken (leeftijd, sekse en opleidingsjaar) of loopbaan kenmerken (aantal jaren werkzaam, aantal malen van baan veranderd) of de mate waarin zij georganiseerd zijn in het KNGF.
7. Omdat er geen verschillen zijn gevonden in persoonskenmerken van fysiotherapeuten, kunnen de hierna te presenteren verschillen in zorgwaarde en werklast tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland dan ook doorgaans niet aan zulke kenmerken worden toegeschreven.

8.3.2 Zorgwaarde

1. Er is een duidelijk verschil gevonden met betrekking tot de achterstandskennmerken van fysiotherapiepatiënten, want zij hebben in achterstandsgebieden minder vaak werk, vaker een uitkering (pensioen, ziektewet, AOW), zijn vaker in loondienst als ze werk hebben en hebben over de hele linie minder onderwijs genoten en daarmee een lager opleidingsniveau. Het percentage ziekenfondspatiënten bij fysiotherapeuten in achterstandsgebieden is circa 20% hoger dan elders en patiënten krijgen vaker minder dan 100% van fysiotherapie-sessies vergoed, wellicht omdat er minder vaak 'extra aanvullende pakketten' voorkomen. Wel komen in achterstandsgebieden vaker aanvullende pakketten voor.
2. Er is sprake van een groter aandeel chronische, c.q. recidiverende patiënten in achterstandsgebieden met langduriger klachten dan elders in Nederland.
3. De ernst van de klachten is minder duidelijk te bepalen want de resultaten zijn hier niet steeds eenduidig. De behandelduur in aantal sessies verschilt niet, maar wel in het aantal weken waarbinnen deze sessies plaatsvinden: er zijn meer weken nodig in achterstandsgebieden voor hetzelfde aantal sessies. De sterkste aanwijzing voor ernstiger klachten in achterstandsgebieden komt uit de verwachtingen van fysiotherapeuten voorafgaand aan de behandeling, samen met de beoordeling van de resultaten van de behandeling achteraf: in beide gevallen wordt minder vaak in achterstandsgebieden volledig herstel bij patiënten verwacht en vaker partieel herstel of slechts stabilisatie. Dat wijst op ernstiger klachten en aan- doeningen.
4. Er is geen verschil gevonden in de verstandhouding tussen fysiotherapeut en patiënt in achterstandsgebieden. Ook bij bedreiging van fysiotherapeuten kwam geen verschil voor, op verbale bedreiging na, die echter vaker in de rest van Nederland voorkomt. Wel wordt de behandeling vaker door de patiënt voortijdig beëindigd, mogelijk door communicatie- problemen dan wel door financiële problemen.

8.3.3 Werklast

Praktijken

Over praktijken van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden is weinig bekend. Het volgende kon uit de beschikbare gegevens worden opgemaakt:

1. Het aantal fysiotherapeuten per praktijk is gemiddeld groter in achterstandsgebieden en praktijken van drie personen of meer komen vaker in achterstandsgebieden voor dan in de rest van Nederland. Er waren geen betrouwbare gegevens over fte's beschikbaar. Het grotere aantal fysiotherapeuten per praktijk in achterstandswijken wijst mogelijk op een - gering - structureel verschil in praktijkorganisatie.
2. Er komen relatief meer maatschapsleden dan medewerkers in loondienst voor in achterstandsgebieden, maar het verschil is klein. In achterstandsgebieden komen vaker praktijken voor die bestaan uit drie of meer maatschapsleden, dan elders en minder vaak 'eenmans-zaken', terwijl het aantal medewerkers in loondienst is even groot is.
3. Opmerkelijk is dat er soms in achterstandsgebieden een minder goede onderlinge verhouding bestaat ten aanzien van collega's fysiotherapeuten, dit wijst mogelijk op onvrede in de werksituatie, maar waarvan de oorzaak met het bestaande materiaal niet opgespoord kan worden.
4. Over de fysiotherapeutenpraktijken blijken daarmee geen duidelijke verschillen naar voren te komen, die een zwaardere werklast of zwaardere werkomstandigheden in achterstandsgebieden inhouden; wel mogelijk enige collegiale onvrede en een wat grotere praktijkorganisatie.

Fysiotherapeuten

1. Fysiotherapeuten werken per week *gemiddeld* even lang in achterstandsgebieden als in de rest van Nederland. Zeer lange werktijden (meer dan 50 uur) komen echter minder vaak in achterstandsgebieden voor.
2. In de verhouding patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd is er geen verschil gevonden tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland. De patiëntgebonden tijd bedraagt overal rond de 80 procent van de werktijd.
3. Er bestaat daarmee weinig steun voor de veronderstelling van een grotere *objectieve* werklast in achterstandsgebieden, omdat de twee belangrijkste indicatoren daarvan, de duur van de werkweek en de al of niet patiëntgebonden tijd, geen verschillen te zien geven. Het minder voorkomen van erg lange werkweken, wijst zelfs mogelijk op het tegendeel van de werkhypothese.
4. Fysiotherapeuten in achterstandsgebieden en daarbuiten verschillen niet in hun beoordeling van het eigen beroep of de eigen arbeidstevredenheid. Wel wordt er door fysiotherapeuten in achterstandsgebieden in de toekomst een hoger inkomen verwacht.
5. Er is geen verschil in ervaren fysieke gezondheid tussen fysiotherapeuten werkzaam in achterstandsgebieden en daarbuiten.
6. Er bestaat weinig verschil in psychische vermoeidheid, stress en burn-out: bij slechts 2 items die betrekking hadden op vermoeidheid was het verschil significant. In achterstandsgebieden rapporteren fysiotherapeuten na een dag werken een slechtere concentratie en vaker fouten bij het aflezen. Dit wijst enigszins op een mogelijk zwaardere belasting in de beleving van aldaar werkzame fysiotherapeuten.

7. Er bestaat daarmee tevens weinig steun voor het bestaan van een *grotere subjectieve werklast* in achterstandsgebieden: ofwel de veronderstelling dat het werk daar tot meer lichamelijke of psychische vermoeidheid of uitputting leidt. De verschillen bij de twee vragen over vermoeidheid wezen echter wel in de richting van de werkhypothese.
8. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij de laatste analyse (punt 8) de steekproef weliswaar representatief was, maar het aantal respondenten in achterstandsgebieden gering was. Bij grotere aantallen is het mogelijk dat er meer significante verschillen zouden zijn opgetreden. Alleen een omvangrijk steekproefonderzoek kan daarin uitsluitsel geven.
9. Gezien de veronderstelde reputatie van de populatie in achterstandswijken, zijn deze resultaten voorsnag opmerkelijk mager. Kennelijk kan ook in achterstandsgebieden met evenveel plezier en inzet het beroep van fysiotherapeut worden uitgeoefend ondanks de bestaande sociale en andere problemen die het werk compliceren.

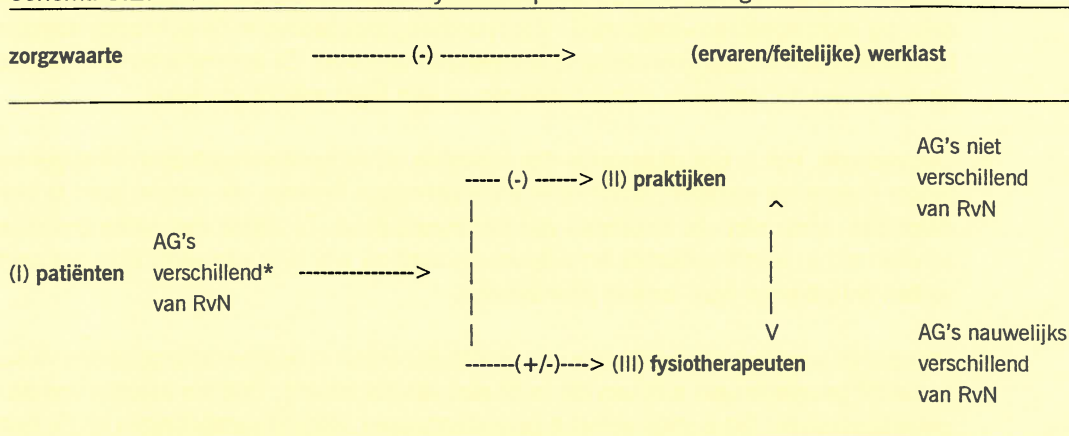
8.4 Belangrijkste conclusies

Overzien we de resultaten dan kunnen we het volgende ten aanzien van de werkhypothese opmerken:

1. *Patiëntenkenmerken*. De belangrijkste aanwijzingen voor verschillen tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland betreffen patiëntenkenmerken, of wel de zorgzwaarte. Bij de kenmerken, beoordelingen en ervaringen van fysiotherapeuten of hun praktijken worden juist weinig verschillen gevonden.
2. *Achterstandskkenmerken*. Hierbij wordt duidelijk - weinig verrassend, maar wel voor het eerst bij deze populatie vastgesteld - dat fysiotherapiepatiënten in de achterstandsgebieden kenmerken van sociaal-economische achterstand vertonen. Zij ondervinden met name de gevolgen van minder werk, minder inkomen en een lager opleidingsniveau.
3. *Zorgzwaarte*. Het is niet uitgesloten dat patiënten uit achterstandsgebieden ernstiger en langer bestaande klachten, stoornissen en beperkingen hebben, die minder goed te behandelen zijn. Maar niet alle resultaten zijn hier eensluidend. Zo zijn er met name geen verschillen in het aantal geplande en uitgevoerde sessies; wel is er een verschil in het aantal weken waarbinnen deze sessies plaatsvinden.
4. *Objectieve werklast*. De werkweek van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden verschilt in aantal gewerkte uren niet van die in de rest van Nederland. Ook ten aanzien van de patiëntgebonden tijd is geen verschil gevonden tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland. Er bestaat daarmee geen aanwijzing voor een hogere werklast in achterstandsgebieden, eerder een lagere, want zeer lange werkweken (40-80 uur) komen daar juist minder vaak voor. Hoewel er meer indicatoren mogelijk zijn voor werklast, met name inhoudelijke, dan er in de geanalyseerde onderzoeken aanwezig waren, wordt met name de duur van de werkweek als de belangrijkste indicator beschouwd.
5. *Subjectieve werklast*. Het vaker voortijds beëindigen van therapieën door patiënten, enige onvrede met collega's en enige indicaties van meer vermoeidheid onder fysiotherapeuten in achterstandsgebieden dan in de rest van Nederland kunnen er samen op wijzen dat er toch verschillen in de werksituatie zijn die met achterstandskkenmerken te maken hebben en ervaren worden als een zwaardere werklast.

6. *Causaal verband zorgzwaarte en werklast.* Een verband tussen de zorgzwaarte op grond van patiëntenkenmerken en de werklast ontleend aan fysiotherapiepraktijken en fysiotherapeuten blijkt niet duidelijk uit de resultaten. De verschillen onder patiënten zouden veel grotere verschillen in de kenmerken van praktijken of fysiotherapeuten tot gevolg moeten hebben, met name wat de werkduur of het aantal sessies betreft. Indien in achterstandsgebieden het werk veel zwaarder zou worden gevonden, zou er ook een veel groter verschil in de vermoeidheids- en burn-outfactoren te vinden moeten zijn.
7. *Werkmodel: verschillen.* Van het werkmodel is daarmee alleen enige steun gevonden voor het verschil onder patiëntenpopulaties tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland (I) dat op een grotere zorgzwaarte wijst (zie schema 8.1; * in model). Het desbetreffende verschil tussen praktijken (II) is niet aantoonbaar en voor zover er verschillen bestaan (grotere praktijken) zijn deze niet duidelijk in verband te brengen met een grotere werklast of zorgzwaarte, terwijl het ontbreken van een verschil tussen kenmerken van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden en de rest van Nederland (III) met name wijst op een vooralsnog ontbreken daarvan voor de objectieve werklast, al is het mogelijk dat er een (gering) verschil in de subjectieve werklast bestaat.
8. *Werkmodel: causale relaties.* Op grond hiervan worden geen van de in het werkmodel genoemde causale relaties (I-II, I-III) tussen zorgzwaarte en werklast gesteund (- in het model), zij het dat voor relatie I-III enige zwakke aanwijzingen bestaan (+/- in het model). Daarmee is vooralsnog geen relatie tussen zorgzwaarte en werklast aangetoond.
9. Er blijft wel voldoende twijfel over om dergelijke relaties mogelijk te achten, mits er grondiger onderzoek met adequate steekproeven wordt verricht.

Schema 8.2: Werkmodel resultaten fysiotherapie in achterstandsgebieden



AG = achterstandsgebied;
RvN = rest van Nederland;
* = significant verschillend (of niet);
(+/-) = mogelijk verband;
(-) = geen verband aangetoond.

8.5 Beperkingen en lacunes

De resultaten zijn gebaseerd op secundaire analyse van recent of enige jaren geleden verzamelde informatie in drietal onderzoeken. Dat geeft de volgende beperkingen:

1. Doordat de verzamelde informatie in de betreffende onderzoeken voor geheel andere doeleinden zijn verzameld, kon daarmee de vraagstelling voor het onderhavige onderzoek niet optimaal beantwoord worden. Er ontbreken in de onderzoeken enquêtevragen die tot een bevestiging van de werkhypothese hadden kunnen leiden, dan wel dat deze zo zijn geformuleerd dat ze juist net aan het gewenste doel voorbijgaan. De objectieve werklast (in uren per week en patiëntgebonden tijd) was echter wel vertegenwoordigd met de belangrijkste indicatoren (al zijn er meer indicatoren mogelijk), terwijl het aantal enquêtevragen over vormen van vermoeidheid en daarmee over de subjectieve werklast, zelfs tamelijk uitgebreid was. Maar het aandeel allochtonen is onbekend gebleven, omdat in alle drie de onderzoeken enquêtevragen naar etniciteit, dan wel naar de gevolgen daarvan (taal- en cultuurverschillen, onbekendheid met instellingen) geheel ontbraken. Dit is van groot belang, omdat juist de omgang met allochtonen tot meer werk zou leiden.
2. Sinds de onderzoeken zijn uitgevoerd is er tijd verlopen en kunnen de omstandigheden zich zo gewijzigd hebben dat alsnog steun voor de werkhypothese gevonden zou zijn bij een nieuw onderzoek. Dat geldt niet voor de *Registratie fysiotherapeuten* die up-to-date is. Wel kan dit het geval zijn bij de andere twee onderzoeken die uit 1996 en 1998 stammen, al zullen de sociale omstandigheden in achterstandswijken zich niet zo snel gewijzigd hebben.
3. Het aantal respondenten of cases kan zo klein zijn, dat er minder significanties kunnen optreden dan bij voldoende aantallen het geval zou zijn. Dat kan van belang zijn bij het onderzoek "*Fysiotherapeuten en toekomst*", waarbij het aantal respondenten in achterstandsgebieden erg klein is. Omdat de steekproef representatief was, kunnen resultaten hiervan echter wel van betekenis zijn. Maar met name bij een aantal enquêtevragen over vermoeidheid zou ongetwijfeld een aantal verschillen significant geworden zijn bij grotere aantallen respondenten. Bij weging van het gegevensbestand naar 600 respondenten - een circa 2 maal zo groot aantal - steeg het aantal statistische significanties van 3 naar 9 van de, in totaal, 38 vragen. Hierbij hadden opmerkelijk genoeg alle verschillen dezelfde, bedoelde richting met meer vermoeidheid of stress in achterstandsgebieden. Vooralsnog is een conclusie op basis van een dergelijke bewerking speculatief. Wel zou een nader onderzoek veel grotere aantallen respondenten vereisen uit achterstandsgebieden (door bijvoorbeeld oversampling) dan in de beschikbare onderzoeken het geval is. Dit verschijnsel is waarschijnlijk van minder belang bij de patiëntengegevens uit het "*Beperkende maatregel*"-onderzoek, waarbij het om veel grotere aantallen respondenten ging.

Er zijn daarmee redenen om te vermoeden dat de huidige resultaten een *onderschatting* kunnen zijn van de werkelijke verhoudingen. Met nader en beter onderzoek zou hierin voorzien kunnen worden.

Daarbij is het ook mogelijk dat enkele tegenstrijdigheden zijn onderschat en de resultaten een *overschatting* te zien geven. Bijvoorbeeld, het in achterstandsgebieden minder vaak voorkomen van een zeer lange werkduur per week, terwijl bij gelijk aantal sessies meer tijd verstrijkt, kan, naast andere verklaringen, ook uitgelegd worden als het bestaan van *minder* werkdruk in achterstandsgebieden dan elders. Dat zou de toch al zwakke aanwijzingen voor de gevonden verschillen nog eens ondergraven. Omdat de redenen daarvoor niet onderzocht konden worden, kan het echter ook zo zijn dat de werkdruk desondanks juist hoger is, namelijk omdat de patiëntenpopulatie moeilijker te motiveren is of andere extra handicaps heeft die veel meer

inspanning, tijd en overreding vereisen van de kant van de fysiotherapeuten, zo nodig in hun onbetaalde, vrije tijd. Zonder nader onderzoek blijft het hierover voorlopig gissen.

8.6 Eindconclusies

De eindconclusie op grond van deze exploratieve verdiepingsstudie luidt:

De zorgzwaarte ten aanzien van fysiotherapiepatiënten is zeer waarschijnlijk groter in achterstandsgebieden, maar een verband met de objectieve werklast van fysiotherapeuten kan vooralsnog niet worden aangetoond, terwijl er hooguit wellicht een zwak verband met de subjectieve (ervaren) werklast bestaat. Alleen uitgebreider en gericht onderzoek kan voldoende uitsluitsel hieromtrent opleveren.

1. Er is geen relevant onderzoek beschikbaar naar de zorgzwaarte en werklast van fysiotherapeuten in achterstandswijken; indicatoren van een dergelijk zorgzwaarte en werklast ontbreken, evenals een definitie van achterstandswijken, terwijl over allochtonen in fysiotherapiepraktijken niets bekend is.
2. Er zijn aanwijzingen gevonden dat ook fysiotherapiepatiënten in achterstandsgebieden achterstandskennmerken vertonen en ernstiger en langduriger klachten hebben. Op zichzelf kan dit aanleiding zijn voor meer aandacht, een intensievere begeleiding en langduriger behandeling, en daarmee een grotere zorgzwaarte vertegenwoordigen.
3. Van een grotere *objectieve werklast* in achterstandsgebieden is vooralsnog weinig gebleken. Voldoende aanwijzingen ontbreken dat de praktijken van fysiotherapeuten in achterstandsgebieden verschillen en meer gericht zijn op ernstiger klachten en langduriger behandeling. Er zijn slechts enkele minimale, soms tegenstrijdige verschillen geconstateerd.
4. Een grotere *subjectieve werklast* is vooralsnog niet geheel uit te sluiten, want de combinatie langere behandelduur in aantal weken, maar niet in aantal sessies, vaker een voortijdige beëindiging van de behandeling door patiënten, een soms een grotere vermoeidheid bij fysiotherapeuten, meer collegiale onvrede en een ervaren, geringere beïnvloeding van patiënten zou mogelijk kunnen betekenen dat de praktijkvoering in achterstandsgebieden meer problemen oplevert. Zowel de onderlinge samenhang van deze geconstateerde verschillen als een verband met een grotere zorgzwaarte van patiënten moeten dan nog wel worden aangetoond, omdat andere oorzaken ook mogelijk zijn.
5. Deze conclusies zijn echter voorlopig van aard, want aan de resultaten zijn een aantal aangegeven beperkingen verbonden, die zowel een *onderschatting* als een *overschatting* van de gevonden resultaten in de hand kunnen hebben gewerkt en soms alleen met nader onderzoek zijn vast te stellen.

8.7 Aanbevelingen

Op grond van de resultaten en de conclusies in deze studie verdient het aanbeveling om:

1. Nader onderzoek te doen om overgebleven onzekerheden op te lossen met betrekking tot de geformuleerde vraagstelling.

Dergelijk onderzoek kan zich richten op:

- het bepalen van de objectieve en subjectieve werklast van fysiotherapeuten in achterstandswijken, vergeleken met die in de rest van Nederland;
 - het bepalen van het veronderstelde causale verband tussen de grotere zorgzwaarte en de zwaardere werklast in achterstandswijken;
 - het bepalen van de problemen van allochtonen in fysiotherapiepraktijken en achterstandsgebieden.
2. Concrete indicatoren voor zorgzwaarte en werklast bij fysiotherapeuten vast te stellen, alsmede het opstellen van een definitie van achterstandsgebieden, zodat verschillen tussen achterstandsgebieden en de rest van Nederland ten aanzien van de indicatoren duidelijk kunnen worden bepaald. De achterstandsgebieden zoals voor huisartsen bepaald, kunnen hierbij het uitgangspunt vormen.
 3. Op basis van bovengenoemde indicatoren en definities bepalen of het werken in achterstandsgebieden zwaarder is dan elders in den lande en, indien van toepassing, maatregelen te nemen of overeen te komen.

the first of these is the fact that the
the second is the fact that the
the third is the fact that the
the fourth is the fact that the
the fifth is the fact that the

the sixth is the fact that the
the seventh is the fact that the
the eighth is the fact that the
the ninth is the fact that the
the tenth is the fact that the

the eleventh is the fact that the
the twelfth is the fact that the
the thirteenth is the fact that the
the fourteenth is the fact that the
the fifteenth is the fact that the

LITERATUUR

- Aufdemkamp, G. (2000). Op weg naar één visie voor het derde millennium. In: Aufdemkamp G., Dekker J.B. den, Ham J. van, Smits-Engelsman B.C.M., Vaes P. (red.). *Jaarboek Fysiotherapie kinesitherapie 2000*. Houten, Bohn Stafleu, Van Loghum.
- Bakker, D. de, Weide, M., Delnoij, D. (2000). *Huisartsenzorg aan asielzoekers: Naar een monitoringsysteem*. Utrecht, Nivel.
- Bartelds, A.I.M. (2000). *Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland 1999*. Utrecht, Nivel.
- Bosveld, W., Spaan, B.D., Sluijs, E.M. "Patients Socio-economic Status in Physical Therapy; Expectations and behaviors". *Patient Education and Counseling* 34, p.523.
- Brauw, M. de (1998). Medici hebben een zeer stress-vol bestaan. *Medisch Contact* 24, p.965-975.
- Dekker, J. (1997). *Ziekte, functionele gezondheid en paramedische zorg*. Oratie leerstoel paramedische zorg. Amsterdam/Utrecht, Vrije Universiteit/Nivel.
- Dekker, J., Baar, J. van (1995). *Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie BEEF*. Utrecht, Nivel.
- Dekker, J. (1998). *De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck en het Amsterdamse dienstenmodel: Samenvatting van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 4*. Amersfoort/Utrecht, NPi/Nivel.
- Ettema, H.C.J. (2000). *Quick scan - Berekening gemiddelde omzet fysiotherapeuten 1999*. Price Waterhouse Coopers.
- Flier, J. van der (2000). Fysiotherapie in multiculturele samenleving. In: Aufdemkamp G., Dekker J.B. den, Ham J. van, Smits-Engelsman B.C.M., Vaes P. (red.). *Jaarboek Fysiotherapie kinesitherapie 2000*. Houten, Bohn Stafleu, Van Loghum.
- Griffioen, R.N., Grunveld, J.E., Hutten, J.B.F., Ros, C.C., Schee, E. van der (1999). *Steeds minder tijd? Deel-tijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra*. Utrecht/NZi, Nivel.
- Groenewegen, P.P. (1985). Fysiotherapeut. Pag. 145-175, in: Sluijs, E.M., Dopheide, J.P., Zee, J. van der (1985). *Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnszorg en haar raakvlakken*. Nivel, Utrecht.
- Groot, A.W.M. de, Hop, J.P., Meulenbeek, A.G.J., Poot, A.P., Praag, B.M.S. van, Zijdeveld, C.E. (1999). *De betekenis van fysiotherapie. Eindrapport*. SEO, Amsterdam.
- Hendriks, E., Ettekooven, H. van (2000). Implementatie van KNGF-richtlijnen. *Fysiopraxis*, 9, 2, p. 9-13.
- Heugten, C.M. van, Sluijs, E.M., Dekker, J. (1995). *Deel III, inventarisatie lopend en afgerond onderzoek paramedische zorg periode 1985-1995*. Utrecht, Nivel.
- Hingstman, L., Peters, P., Windt, W. van der, Harmsen, J., Allaart, P.C., Voogd-Hamelink, A.M. de (2000). *Rapportage Arbeidsmarkt zorg en welzijn 2000*. Deel 1, Hoofdrapport en Deel 2, Bijlagen. Utrecht, Nivel, Prismant, OSA.
- Hutten, J.B.F. (1998). *Workload and provision of care in general practice*. Dissertation, Univ. Utrecht.

- Joshi, M.S. (1998). Adherence in Ethnic Minorities: The Case of South Asians in Britain. Pag. 255-284 in: L.B. Myers, K. Midence (eds.). *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers.
- Kersten, J.W.E.T., Zee, J. van der, Abrahamse, H.P.H., Sixma, H.J.M. (1997). Fysiotherapeuten kijken vooruit! Beroep en beroepsuitoefening. *Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 107, 4, 82-88.
- Kersten, J.W.E.T., Zee, J. van der, Abrahamse, H.P.H., Sixma, H.J.M. (1997). Fysiotherapeuten kijken vooruit! Fysiotherapeut en maatschappij. *Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 107, 4, 89-95.
- Kersten, J.W.E.T., Zee, J. van der, Abrahamse, H.P.H., Sixma, H.J.M. (1997). Fysiotherapeuten kijken vooruit! Gezondheid en welbevinden. *Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 107, 4, 96-101.
- Lubbers, M. (2000). Fysiotherapeutische zorg en de positie van de fysiotherapeut in de achterstandswijk. Een notitie ten behoeve van het bestuur van de KNGF. 14 juli.
- Pijnenborg, A, Berkel, L van, Ende, E. van den, Ravensberg, D. van, Oostendorp, R., Dekker, J. (1998). *De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar, en oefentherapie-Mensendieck: resultaten van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 1*. Amersfoort/Utrecht, NPi/Nivel.
- Pijnenborg, A, Bosveld, W., Friele, R., Dekker, J. (1998). *De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar, en oefentherapie-Mensendieck: werkgelegenheidsaspecten en ervaringen van consumenten. Deelrapport 3*. Amersfoort/Utrecht, NPi/Nivel.
- Plas, M., Ende, E. van den (1999). *De opleidingskwalificaties fysiotherapie in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen: Een vergelijkend onderzoek*. Utrecht, Nivel.
- Quick scan VVF (2000). Problematiek Fysiotherapeutische zorgverlening in achterstandswijken. 2 pag.
- Roebroek, M.E., Bosveld, W., Dekker, J., Oostendorp R.A.B. (1998). *Extramurale fysiotherapie: een vergelijking tussen theorie en praktijk. Eindrapport van het rapport beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie, tweede fase (BEEF-II)*. Utrecht, Nivel.
- Rijken, P.M., Heugten, C.M. van, Dekker, J. (1995). *Brancherapport paramedische zorg*. Utrecht, Nivel.
- Rijken, P.M., Heugten, C.M., Dekker, J. (1996). *Brancherapport paramedische zorg*. Utrecht, Nivel.
- Schaufeli, W.B., Dierendonck, D. van (1994). Burn-out: een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burn-out Inventory (MBI-NL). *Gedrag en gezondheid*, 22, 153-172.
- Schaufeli, W.B., Dierendonck, D. van (2000). *UBOS. Utrechtse Burnout Schaal. Handleiding*. Swets, Test Publishers, Lisse.
- Scholten, H., Onink, A., Pijper, F., Heugten, C.M., Dekker, J., Bosveld, W. (1997). *Pilot informatievoorziening paramedische zorg*. Utrecht/Zeist, Nivel, BCD Adviesgroep.
- Sluijs, E.M., Dopheide, J.P., Zee, J. van der (1985). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnszorg en haar raakvlakken. Nivel, Utrecht.
- Sluijs, E.M. (1991). Therapietrouw van de patiënt en de kwaliteit van voorlichting in de fysiotherapie. Pag. 64-79 in: Crandenburg, B. van, Dekker, J.B. Den, Meerwijk, G.M. van, Wessel, H.F.M., Wijer, A. de (red.). *Jaarboek 1991 fysiotherapie*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sluijs, E.M. (1992). Non-compliance in de eerstelijnsfysiotherapie. Pag. 218-232 in: *Jaarboek 1992 fysiotherapie*. Houten, Stafleu Van Loghum.

- Sluijs, E.M. (1993). *Therapietrouw door voorlichting: handleiding voor patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie*. Utrecht, Landelijk Centrum GVO.
- Sluijs, E.M., Kerssens, J.J., Zee, J. van der, Myers, L.B. (1998). Adherence to physiotherapy. Pag. 363-382 in: L.B. Myers, K. Midence (eds.). *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers.
- Steultjens, M.P.M., Dekker, J., Bosveld, W. (1997). *Financiële gevolgen van de voorstellen tot wijziging van de lijst aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck*. Utrecht, Nivel.
- Stolwijk, A.M. Raat, H. (1991). *Gezondheid en leefwijzen jongeren in Rotterdam en omgeving*. Rotterdam, GGD.
- Storm, I., Hofhuis, H., Berkel, L. van, Ende, E. van den, Visser, D. de, Oostendorp, R., Dekker, J., Ravensburg, D. van (1998). *Het Amsterdamse dienstenmodel: evaluatie en vergelijking met de landelijke vergoedingsregelingen. Deelrapport 2*. Amersfoort/Utrecht, NPi/Nivel.
- Valk, R.W.A. van der, Dekker, J., Boschman, M. (1995). *Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989-1992*. Utrecht, Nivel.
- Verheij, R.A., Bakker, D.H. van (1998). *Beschikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsen in stedelijke achterstandsgebieden*. Utrecht, Nivel.
- Verheij, R.A., Reijneveld, S.A., Bakker, D.H. (1998). *Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden. Evaluatie van een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen*. Utrecht/Nivel, TNO.
- Velden, L.F.J., Meulen, D.M. van der, Hingstman, L. (1998). *Werklastmeting radiologen*. Utrecht, Nivel.
- Vries, T.A., Hoogstraten, J. (1998). Burnout bij fysiotherapeuten: een psychometrische studie. *Gedrag en gezondheid* 26, 4, p.177-185.
- Vries, T.A., Hoogstraten, J. (2000). De samenhang tussen werkstress, coping en burnout bij fysiotherapeuten. *Gedrag en gezondheid* 28, 2, p.63-60.
- Vries, T.A. de (2001). Burnout bij fysiotherapeuten in Nederland. In: Aufdemkamp G., Dekker J.B. den, Ham J. van, Smits-Engelsman B.C.M., Vaes P. (red.). *Fysiotherapie kinesitherapie 2001*. Houten, Bohn Stafleu, Van Loghum.
- Weide, M., Foets, M. (1997). *Migranten in de huisartspraktijk*. Utrecht, Nivel.
- Weijzen, E.M., Weide, M.G. (1999). *Accessibility and use of health care services among ethnic minorities: a bibliography 1993-1998*. Utrecht, Nivel.
- Wiegers, T., Hingstman, L., Windt, W. van der, Harmsen, J., Allaart, P.C., Voogd-Hamelink, A.M. de (1999). *Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*. Bijlagen. Utrecht, Nivel/NZi/OSA.
- Windt, W. van der, Calsbeek, H., Hingstman, L. (1997). *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Zuijderduin, H., Dekker, J., Abrahamse, H. (1995). Determinanten van de omvang van de behandeling in de extramurale fysiotherapie. *TSG* 73 I, p.274-281.

BIJLAGE I

Data registratie fysiotherapeuten (extramuraal)

	Percentage	Aantal
R0. Geografisch voorkomen fysiotherapeuten		
Achterstandsgebieden (AG)	7,5%	914
Rest van Nederland (RvN)	92,5%	11.241
Totaal	100,0%	12.155

Achterstandsgebieden volgens definitie regeling voor huisartsen 1998 (zie bijlage IV).

Variabele	Verskil tussen groepen fysiotherapeuten in achterstandgebieden (AG) en in de rest van Nederland (RvN)	Significantie F-test Anova verschil tussen groepen
Fysiotherapeuten		
R1. geboortejaar fysiotherapeuten	geen verschil	p=.123 n.s.
R2. sekse fysiotherapeuten	geen verschil	p=.944 n.s.
R3. opleidingsjaar	verschil: AG <i>later</i> dan RvN (1982 resp. 1981 gem.)	p=.028 *
Praktijk		
R4. aantal uren werkzaam	geen verschil (AG: 30,1 en RvN 30,8 uur per week)	p=.322 n.s.
R5. aantal maatschapsleden	verschil: in AG <i>meer</i> dan in RvN (3,7 resp. 2,6 gem.)	p=.000 ***
R6. aantal medewerkers loondienst	geen verschil (AG: 1,8, RvN: 2,0 medewerkers)	p=.124 n.s.
R7. contract ziekenfonds	verschil: in AG <i>meer</i> dan in RvN	p=.025 *
Omgeving		
R8. percentage allochtonen in wijk	verschil: in AG <i>hoger</i> dan in RvN (24,3% resp. 4,1%)	p=.000 ***
R9. mate van stedelijkheid	verschil: in AG <i>meer stedelijk</i> dan in RvN (1,3 resp. 2,9)	p=.000 ***

Bron: Registratie Nivel op basis van gegevens verkregen van extramuraal werkende fysiotherapeuten; methode: anova, verschil tussen groepen; AG: 850-914 respondenten, RvN: 10441-11241 respondenten, behalve bij 'aantal uren werkzaam': AG: 468, en RvN: 5803 respondenten (door velen niet ingevuld).

Variabele	Categorieën	Respondenten fysiotherapeuten			Toets verschil tussen AG en RvN: significantie Chi-2
		% RvN	% AG	totaal	
Fysiotherapeuten					
R10. geboortjaar	1900-34	0,9%	0,8%	105	p= .003***
	1935-49	19,3%	14,4%	2.281	
	1950-59	42,8%	48,8%	5.214	
	1960-69	29,7%	29,8%	3.590	
	1970-79	7,3%	7,0%	882	
Totaal		100,0%	100,0%	12.072	
R11. sekse	man	50,7%	50,5%	6.157	p= .944 n.s.
	vrouw	49,3%	49,5%	5.997	
Totaal		100,0%	100,0%	12.154	
R12. opleidingsjaar	1934-69	6,6%	4,8%	746	p= .031 *
	1970-79	38,2%	35,6%	4.387	
	1980-89	41,4%	45,7%	4.818	
	1900-99	13,8%	13,9%	1.598	
Totaal		100,0%	100,0%	11549	
Praktijk					
R13. functie	medewerker	33,0%	29,4%	3.980	p= .025*
	maatschapslid	67,0%	70,6%	8.165	
Totaal		100,0%	100,0%	12.145	
R14. aantal uren werkzaam (door circa de helft van de geregistreerden niet ingevuld)					
	1-19	20,5%	18,8%	1.278	p= .001**
	20-25	21,7%	25,4%	1.380	
	26-35	17,2%	15,6%	1.073	
	36-40	20,8%	26,9%	1.335	
	41-49	7,4%	5,3%	456	
	50-80	12,3%	7,9%	749	
Totaal		100,0%	100,0%	6.271	
R15. aantal maatschapsleden in de praktijk					
	1	38,6%	27,8%	4.499	p= .000 ***
	2	25,6%	19,8%	2.997	
	3 of 4	21,3%	25,4%	2.573	
	meer dan 5	14,5%	27,0%	1.836	
Totaal		100,0%	100,0%	11.905	
R16. aantal medewerkers in de praktijk					
	0	38,5%	44,6%	4.737	p= .000 ***
	1 medewerker	19,9%	17,7%	2.396	
	2 medewerkers	12,7%	14,8%	1.563	
	3 medewerkers	10,5%	5,9%	1.239	
	4 of 5 medewerkers	10,5%	6,2%	1.240	
	meer dan 6 medewerkers	7,8%	10,7%	980	
Totaal		100,0%	100,0%	12.155	
R17. gelijktijdig werkzaam in aantal vestigingen					
	1 vestiging	96,2%	95,2%	11.685	p= .270 n.s.
	2 vestigingen	3,7%	4,6%	454	
	3 vestigingen	0,1%	0,2%	16	
Totaal		100,0%	100,0%	12.155	
R18. contract ziekenfonds					
	geen contract	36,9%	33,1%	4.134	p= .025 *
	wel contract	63,1%	66,9%	7.157	
Totaal		100,0%	100,0%	11.291	
Omgeving					
R19. mate van stedelijkheid					
	1 zeer sterk	15,4%	76,7%	2.429	p= .000 ***
	2 sterk	25,9%	20,1%	3.097	
	3 matig	23,2%	3,2%	2.633	
	4 weinig	21,7%	0%	2.444	
	5 niet stedelijk	13,8%	0%	1.552	
Totaal		100,0%	100,0%	12.155	

vervolg volgende pagina

Vervolg					
Variabele	Categorieën	Respondenten fysiotherapeuten			Toets verschil tussen AG en RvN: significantie Chi-2
		% RvN	% AG	totaal	
R20. provincie	Groningen	3,1%	6,3%	401	
	Friesland	3,3%	2,4%	390	
	Drenthe	2,3%	0%	256	
	Overijssel	6,5%	7,8%	804	
	Flevoland	1,6%	0,2%	187	
	Gelderland	12,0%	4,8%	1.397	
	Utrecht	8,2%	8,0%	994	
	Noord-Holland	18,5%	31,0%	2.365	
	Zuid-Holland	19,8%	34,5%	2.538	
	Zeeland	2,6%	0%	292	
	Brabant	14,7%	3,5%	1.684	
	Limburg	7,4%	1,5%	847	
Totaal		100,0%	100,0%	12.155	p=.000 ***

BIJLAGE II

Data onderzoek fysiotherapeuten en toekomst (extramuraal)

	Percentage	Aantal
T0. Geografisch voorkomen fysiotherapeuten		
Achterstandsgebieden (AG)	7,3%	20
Rest van Nederland (RvN)	92,7%	253
Totaal	100,0%	273

Achterstandsgebieden volgens definitie regeling voor huisartsen 1998 (zie bijlage IV).

Variabele	Verschiil tussen groepen fysiotherapeuten in achterstandgebieden (AG) en in de rest van Nederland (RvN)	Significantie F-test Anova verschil tussen groepen
Praktijk		
<i>kenmerken praktijk</i>		
T1. werkt uren per week als fysiotherapeut	verschil (AG: 27,4 en RvN: 34,4 uren/week)	p=.020 *
T2. aantal fysiotherapeuten in praktijk	geen verschil	p=.691 n.s.
T3. aantal medewerkers loondienst	geen verschil	p=.672 n.s.
T4. patiënt-gebonden tijd in %%	geen verschil (AG:79,5%, RvN: 81,0% van de werktijd)	p=.609 n.s.
T5. niet patiënt-gebonden tijd in %%	geen verschil (AG:20,5%, RvN: 19,0% van de werktijd)	p=.609 n.s.
T6. 9 zittingen voldoende voor % cases	geen verschil (AG 42,0%, RvN: 42,3 % van de gevallen)	p=.960 n.s.
Fysiotherapeuten		
<i>kenmerken fysiotherapeut</i>		
T7. geboortejaar	geen verschil	p=.700 n.s.
T8. sekse	geen verschil	p=.442 n.s.
T9. jaar afstuderen	geen verschil	p=.334 n.s.
T10. jaren werkzaam als fysiotherapeut	geen verschil	p=.367 n.s.
T11. aantal malen van werkkkring veranderd	geen verschil	p=.440 n.s.
T12. aantal banen als fysiotherapeut	geen verschil	p=.691 n.s.
T13. lid KNGF	geen verschil	p=.600 n.s.
<i>mening van fysiotherapeuten (items verkort weergegeven)</i>		
T14. aanzien zelfst. gevest. fysiotherapeut	geen verschil	p=.220 n.s.
T15. aanzien fysiotherapeut in loondienst	geen verschil	p=.359 n.s.
T16. aantrekkelijkheid zelfst. gev. fysioth.	geen verschil	p=.895 n.s.
T17. aantrekkelijkheid fysioth. in loondienst	geen verschil	p=.935 n.s.
T18. werk interesseert me nog evenveel	geen verschil	p=.833 n.s.
T19. zelfde salaris, net zo lief ander werk	geen verschil	p=.304 n.s.
T20. echt plezier in mijn werk	geen verschil	p=.241 n.s.
T21. beroep inspireert me goed te presteren	geen verschil	p=.061 n.s.
T22. zou opnieuw fysiotherapie kiezen	geen verschil	p=.496 n.s.
<i>toekomst fysiotherapeuten</i>		
T23. kans over 5 jaar nog fysiotherapeut	geen verschil	p=.765 n.s.
T24. eigen inkomen zal stijgen	geen verschil	p=.089 n.s.
T26. verwachte behoefte fysiotherapie	geen verschil	p=.434 n.s.
T27. verwacht gebruik fysiotherapie	geen verschil	p=.589 n.s.
<i>gezondheid fysiotherapeuten</i>		
T28. oordeel eigen gezondheid	geen verschil	p=.799 n.s.
<i>arbeid fysiotherapeuten:gevoel na werkdag</i>		
T29. vertraagd in bewegingen	geen verschil	p=.667 n.s.
T30. aandacht zakt telkens weg	geen verschil	p=.252 n.s.
T31. fouten bij aflezen kaarten e.d.	verschil: AG vaker fouten (AG: 4,32, RvN: 4,65)	p=.041 *
T32. concentratiemoeilijkheden	verschil: AG vaker moeilijkheden (AG: 3,74, RvN: 4,27)	p=.015 *
T33. geen aandacht bij werk	geen verschil	p=.113 n.s.
T34. vaak fouten moeten herstellen	geen verschil	p=.561 n.s.
T35. moeite planning eigen handelingen	geen verschil	p=.074 n.s.
T36. slapen met ogen open	geen verschil	p=.402 n.s.
T37. fouten bij invullen lijsten e.d.	geen verschil	p=.804 n.s.
T38. gedachten de vrije loop laten	geen verschil	p=.492 n.s.
T39. geen dingen na elkaar kunnen doen	geen verschil	p=.831 n.s.
T40. te grote risico's nemen	geen verschil	p=.483 n.s.
T41. gevoel over eigen benen te struikelen	geen verschil	p=.524 n.s.
T42. als een automaat doorwerken	geen verschil	p=.288 n.s.
T43. grootste moeite werk voortzetten	geen verschil	p=.619 n.s.
T44. weerstand overwinnen voor activiteit	geen verschil	p=.225 n.s.

Vervolg volgende pagina

Vervolg Variabele	Verskil tussen groepen fysiotherapeuten in achterstandgebieden (AG) en in de rest van Nederland (RvN)	Significantie F-test Anova verschil tussen groepen
arbeid fysiotherapeuten: van toepassing op zichzelf		
T45. vaak mentaal uitgeput	geen verschil	p=.867 n.s.
T46. vaak leeg gevoel einde werkdag	geen verschil	p=.846 n.s.
T47. vaak vermoeid bij opstaan	geen verschil	p=.177 n.s.
T48. vaak makkelijk inleven in patiënt	geen verschil	p=.534 n.s.
T49. vaak onpersoonlijk tegen patiënt	geen verschil	p=.769 n.s.
T50. vaak met mensen werken zwaar	geen verschil	p=.702 n.s.
T51. vaak los problemen patiënt goed op	geen verschil	p=.092 n.s.
T52. vaak gevoel opgebrand door werk	geen verschil	p=.811 n.s.
T53. beïnvloed andere mensen positief	geen verschil	p=.554 n.s.
T54. door werk onverschilliger tegen pat.	geen verschil	p=.646 n.s.
T55. vaak zorgen dat werk mij afstompt	geen verschil	p=.746 n.s.
T56. vaak ik voel me vol energie	verschil : AG minder vaak energie (AG: 3,74, RvN: 4,29)	p=.018 *
T57. vaak gefrustreerd door mijn werk	geen verschil	p=.260 n.s.
T58. vaak te veel inzet voor mijn werk	geen verschil	p=.129 n.s.
T59. kan niet schelen t.a.v. patiënten	geen verschil	p=.478 n.s.
T60. werk met mensen geeft spanningen	geen verschil	p=.913 n.s.
T61. gemakkelijk ontspannen sfeer	geen verschil	p=.754 n.s.
T62. werk met patiënten vrolijk op	geen verschil	p=.250 n.s.
T63. met werk waardevolle dingen bereikt	geen verschil	p=.102 n.s.
T64. vaak aan het eind van mijn Latijn	geen verschil	p=.396 n.s.
T65. rustig bij emotionele verwijten	geen verschil	p=.652 n.s.
T66. patiënten verwijten mij hun problemen	geen verschil	p=.891 n.s.
ondersteuning fysiotherapeuten		
T67. verstandhouding met directe collega's	verschil (AG: 2,75, slechter dan in RvN: 3,29)	p=.003 **
T68. verstandhouding met collega's elders	geen verschil	p=.234 n.s.
T69. verstandhouding met leidinggevende	geen verschil	p=.779 n.s.
T70. praten over problemen met collega's	geen verschil	p=.508 n.s.
T71. praten over probl. met collega's elders	geen verschil	p=.182 n.s.
T72. praten over probl. met leidinggevende	geen verschil	p=.905 n.s.
T73. kan rekenen op: directe collega's	geen verschil	p=.072 n.s.
T74. kan rekenen op: collega's elders	geen verschil	p=.104 n.s.
T75. kan rekenen op: leidinggevende	geen verschil	p=.589 n.s.
T76. waardering van directe collega's	geen verschil	p=.213 n.s.
T77. waardering van collega's elders	geen verschil	p=.738 n.s.
T78. waardering van leidinggevende	geen verschil	p=.962 n.s.
Patiënten		
perceptie patiënten		
T79. misbruik ziektewet	geen verschil	p=.549 n.s.
T80. verstandhouding met patiënten	geen verschil	p=.552 n.s.
T81. gewaardeerd door patiënten	geen verschil	p=.605 n.s.
patiënten bedreigen fysiotherapeuten (laatste jaar, 1996)		
T82. met fysiek geweld	geen verschil	p=.580 n.s.
T83. geweld tegen gezin	geen verschil	p=.634 n.s.
T84. daadwerkelijk geweld	geen verschil	p=.633 n.s.
T85. daadwerkelijk geweld tegen gezin	geen verschil	p=.634 n.s.
T86. verbale intimidatie	geen verschil	p=.816 n.s.
T87. seksuele intimidatie	geen verschil	p=.928 n.s.
T88. dreigt met klacht	geen verschil	p=.541 n.s.
patiënten bedreigen fysiotherapeuten (voor sept. 1995)		
T89. met fysiek geweld	geen verschil	p=.159 n.s.
T90. geweld tegen gezin	geen verschil	p=.633 n.s.
T91. daadwerkelijk geweld	geen verschil	p=.377 n.s.
T92. daadwerkelijk geweld tegen gezin	geen verschil	p=.633 n.s.
T93. verbale intimidatie	verschil (AG: 0,05, minder vaak dan RvN: 0,25)	p=.047 *
T94. seksuele intimidatie	geen verschil	p=.919 n.s.
T95. dreigt met klacht	geen verschil	p=.750 n.s.
Omgeving		
T96. urbanisatiegraad	verschil (AG hogere urbanisatiegraad dan RvN)	p=.000 ***
T97. % allochtonen (objectief)	verschil (AG: 25,5% allochtonen, meer dan in RvN: 12,3%)	p=.033 *

Bron: Fysiotherapeuten en toekomst; methode: anova, verschil tussen groepen; AG: 16-20 respondenten, RvN: 249-253 respondenten, behalve bij 'aantal uren werkzaam': AG: 20 en RvN: 253 respondenten (door velen niet ingevuld).

Variabele	Categorieën	Respondenten fysiotherapeuten			Toets verschil tussen AG en RvN: significantie Chi-2
		% RvN	% AG	totaal	
Praktijk					
T98. uren werkzaam (FTE per week)					
	tot 21 uur	19,8%	30,0%	56	
	21-32	22,2%	40,0%	64	
	33-40	31,0%	30,0%	84	
	41-50	20,6%	0%	52	
	meer dan 50 uur	6,3%	0%	16	
Totaal		100,0%	100,0%	272	p=.066 n.s.
Fysiotherapeuten					
T99. wil uren werken	liever meer uren	22,4%	50,0%	18	
	niet meer of minder	73,1%	50,0%	52	
	liever minder uren	4,5%	0%	3	
Totaal		100,0%	100,0%	73	p=.303 n.s.
T100. verwachting inkomen					
	inkomen stijgt	10,0%	30,0%	31	
	inkomen blijft gelijk	37,8%	25,0%	99	
	inkomen daalt	52,2%	45,0%	139	
Totaal		100,0%	100,0%	269	p=.025 *
T101. verstandhouding met collega's					
	slecht	2,1%	6,3%	6	
	matig	6,0%	31,3%	19	
	goed	52,4%	43,8%	129	
	zeer goed	39,5%	18,8%	95	
Totaal		100,0%	100,0%	249	p=.001 **
T102. kan rekenen op directe collega's					
	nooit	3,2%	13,3%	9	
	zelden	7,2%	20,0%	19	
	meestal wel	45,9%	26,7%	106	
	altijd	43,7%	40,0%	103	
Totaal		100,0%	100,0%	237	p=.048 *
Patiënten					
T103. patiënt intimideert verbaal (periode voor 1995)					
	nee	74,5%	94,7%	205	
	ja	25,5%	5,3%	65	
Totaal		100,0%	100,0%	270	p=.047 *

BIJLAGE III

Data onderzoek beperkende maatregel (extramuraal)

	Percentage	Aantal
B0. Geografisch voorkomen patiënten (van fysiotherapeuten)		
Achterstandsgebieden (AG)	8,8%	406
Rest van Nederland (RvN)	91,2%	4.211
Totaal	100,0%	4.616

Achterstandsgebieden volgens definitie regeling voor huisartsen 1998 (zie bijlage IV).

Variabele	Verskil tussen groepen fysiotherapeuten in achterstandgebieden (AG) en in de rest van Nederland (RvN)	Significantie F-test Anova verschil tussen groepen
Patiënten		
B1. geboortejaar patiënt	geen verschil	p=.521
B2. opleidingsniveau patiënt	verschil: AG lager dan RvN (4,41 resp. 5,38)	p=.000 ***
B3. aantal zittingen voorgeschreven	geen verschil	p=.297
B4. bestaansduur klachten	verschil: AG langer dan in RvN (3,91 resp. 3,56)	p=.001 ***
B5. aantal zittingen gepland	geen verschil	p=.179
B6. tijdsduur behandeling	verschil: AG langer dan in RvN (3,03 resp. 2,79)	p=.000 ***
B7. totaal aantal zittingen uiteindelijk	geen verschil	p=.242
B8. patiënt beïnvloedbaar: levensstijl	verschil: AG moeilijker beïnvloedbaar (1,42 resp. 1,23)	p=.000 ***
B9. patiënt beïnvloedbaar: aanpassingen	verschil: AG moeilijker beïnvloedbaar (1,48, resp. 1,37)	p=.009 **
B10. patiënt beïnvloedbaar: adviezen	verschil: AG moeilijker beïnvloedbaar (1,35, resp. 1,26)	p=.004 **

Bron: onderzoek *Beperkende maatregel*; aantal respondenten AG: 209-411; aantal respondenten RvN: 2368-4211.

Variabele	Categorieën	Respondenten fysiotherapeuten			Toets verschil tussen AG en RvN: significantie Chi-2
		% RvN	% AG	totaal	
Patiënten	kenmerken patiënten				
B11. sekse patiënt	man	41,7%	38,5%	1.898	
	vrouw	58,3%	61,5%	2.680	
Totaal		100,0%	100,0%	4.578	p=.208 n.s.
B12. beroep patiënt	scholier student	7,2%	6,7%	332	
	anders	92,8%	93,3%	4.283	
Totaal		100,0%	100,0%	4.615	p=.657 n.s.
B13. idem	huisvrouw/man	34,6%	38,9%	1.615	
	anders	65,4%	61,1%	3.000	
Totaal		100,0%	100,0%	4.615	p=.083 n.s.
B14. idem	met betaald werk	49,2%	43,5%	2.245	AG minder vaak werk
	anders	50,8%	56,5%	2.366	
Totaal		100,0%	100,0%	4.611	p=.027 *
B15. idem	met werk: loondienst	88,1%	94,9%	1.971	AG vaker loondienst
	met werk: zelfstandig	11,9%	5,1%	252	
Totaal		100,0%	100,0%	2.223	p=.007 **

Vervolg volgende pagina

Vervolg					
Variabele	Categorieën	Respondenten fysiotherapeuten			Toets verschil tussen AG en RvN: significantie Chi-2
		% RvN	% AG	totaal	
B16. reden zonder werk					
	arbeidsongeschikt	12,3%	12,7%	174	p=.081 n.s.
	aow/vut/pensioen	52,7%	42,7%	728	
	tijdelijk ziektewet	29,9%	36,7%	432	
	werkeloos	5,1%	8,0%	76	
Totaal		100,0%	100,0%	1.410	
B17. opleiding patiënt					
	1 geen	1,7%	4,5%	83	AG vaker lage opleiding
	2 speciaal onderwijs	0,5%	1,3%	25	
	3 lager onderwijs	15,6%	28,0%	708	
	4 Lbo	24,7%	30,3%	1.065	
	5 Mavo	7,5%	9,1%	323	
	6 Mbo	23,2%	16,2%	951	
	7 Havo/Mulo/Mms	9,7%	2,5%	382	
	8 Hbo	11,5%	5,6%	463	
	9 Vwo	2,7%	0,8%	105	
	10 universiteit	2,8%	1,8%	114	
Totaal		100,0%	100,0%	4.219	p=.000 ***
kenmerken verzekering patiënten					
B18. verzekering patiënt					
	ziekenfonds	69,7%	89,9%	3.292	AG vaker ziekenfonds
	particulier	30,3%	10,1%	1.312	
Totaal		100,0%	100,0%	4.604	p=.000 ***
B19. ziekenfondspakket					
	basispakket	8,4%	6,9%	272	p=.317 n.s.
	anders	91,6%	93,1%	3.025	
Totaal		100,0%	100,0%	3.297	
B20. idem					
	aanvullend pakket	68,5%	79,6%	2.300	AG vaker aanvullend
	anders	31,5%	20,4%	997	
Totaal		100,0%	100,0%	3.297	p=.000 ***
B21. idem					
	extra aanvullend	21,6%	11,3%	675	AG minder vaak extra
	anders	78,4%	88,7%	2.621	
Totaal		100,0%	100,0%	3.296	p=.000 ***
B22. verwijzer					
	huisarts	84,1%	87,0%	3.812	
	specialist	15,9%	13,0%	709	
Totaal		100,0%	100,0%	4.521	p=.117 n.s.
B23. verwijzer specialist					
	orthopedie	52,1%	54,0%	340	p=.721 n.s.
	heelkunde/chirurgie	18,5%	26,0 %	124	
	neurologie	13,6%	12,0%	88	
	reumatologie	5,3%	6,0%	35	
	revalidatie	3,0%	0%	18	
	neurochirurgie	2,5%	0%	15	
	urologie	0,5%	0%	3	
	kindergeneeskunde	1,8%	0%	11	
	plastische chirurgie	1,7%	0%	10	
	interne geneeskunde	0,8%	0%	6	
	schoolarts	0,2%	0%	1	
Totaal		100,0%	100,0%	651	
B24. lijst criteria langdurige aandoeningen					
	voldoet aan criteria	13,0%	10,1%	579	p=.102 n.s.
	voldoet niet	87,0%	89,9%	3.975	
Totaal		100,0%	100,0%	4.554	

Vervolg volgende pagina

Vervolg					
Variabele	Categorieën	Respondenten fysiotherapeuten			Toets verschil tussen AG en RvN: significantie Chi-2
		% RvN	% AG	totaal	
B25. behandeling volledig vergoed (alle patiënten)					AG minder vaak ja
	ja	30,3%	10,4%	1.295	
	nee	69,7%	89,6%	3.246	
Totaal		100,0%	100,0%	4.541	p=.000 ***
B26. behandeling volledig vergoed (alleen ziekenfondspatiënten)					AG minder vaak ja
	ja	18,7%	8,0%	571	
	nee	81,3%	92,0%	2.691	
Totaal		100,0%	100,0%	3.262	p=.000 ***
B27. behandeling volledig vergoed (alleen particulier/ambtenaar)					AG minder vaak ja
	ja	57,5%	31,7%	722	
	nee	42,5%	68,3%	552	
Totaal		100,0%	100,0%	1.274	p=.001 **
B28. eigen bekostiging betaald (alleen ziekenfondspatiënten)					AG minder vaak ja
	nee	2,7%	11,1%	101	
	ja	97,3%	88,9%	2.593	
Totaal		100,0%	100,0%	2.694	p=.000 ***
B29. eigen risico betaald (alleen particulier/ambtenaar)					
	nee	27,5%	14,3%	148	
	ja	72,5%	85,7%	404	
Totaal		100,0%	100,0%	552	p=.125 n.s.
B30. minder dan 100% vergoeding per zitting (alleen ziekenfondspatiënten)					AG vaker ja
	nee	95,6%	88,9%	2.552	
	ja	4,4%	11,1%	142	
Totaal		100,0%	100,0%	2.684	p=.000 ***
kenmerken klachten, stoornissen en beperkingen					
B31. ontstaan klachten					
	acuut na trauma	19,7%	18,3%	849	
	acuut niet na trauma	14,5%	10,7%	616	
	niet acuut	57,8%	61,3%	2.521	
	aangeboren/aanwezig	8,0%	9,7%	355	
Totaal		100,0%	100,0%	4.341	p=.124
B32. ontstaan	door sport/hobby	16,8%	9,9%	746	AG minder vaak sport
	anders	83,2%	90,1%	3.871	
Totaal		100,0%	100,0%	4.617	p=.000 ***
B33. duur bestaan klachten					
	0-7 dagen	7,6%	7,0%	342	
	1-4 weken	28,5%	25,6%	1.281	
	1-3 maanden	26,3%	21,6%	1.173	
	3-6 maanden	11,7%	14,8%	542	
	6 mnd-1 jaar	8,2%	7,0%	366	
	1-2 jaar	6,0%	5,5%	270	
	2-5 jaar	5,9%	7,5%	273	
	5-10 jaar	6,0%	11,0%	292	
Totaal		100,0%	100,0%	4.539	p=.001 **
B34. patiënt laatste jaar					
	hulp maatschap. werk	1,6%	6,0%	37	AG vaker mtsch.werk
	anders	98,4%	94,0%	1.828	
Totaal		100,0%	100,0%	1.865	p=.000 ***
B35. idem	hulp interne geneesk.	5,1%	12,7%	44	AG vaker hulp interne
	anders	94,9%	87,3%	717	
Totaal		100,0%	100,0%	761	p=.009 **
B36. idem	interventie: operatie	15,8%	8,4%	314	AG minder operaties
	anders	84,2%	91,6%	1.757	
Totaal		100,0%	100,0%	2.071	p=.008 **

Vervolg volgende pagina

Vervolg					
Variabele	Categorieën	Respondenten fysiotherapeuten			Toets verschil tussen AG en RvN: significantie Chi-2
		% RvN	% AG	totaal	
B37. idem	interventie: injecties	7,9%	13,4%	174	AG vaker injecties p=.012 *
	anders	92,1%	86,6%	1.897	
Totaal		100,0%	100,0%	2.071	
B38. stoornis	kracht coördinatie	35,3%	28,6%	1.603	AG minder vaak kracht p=.007 **
	anders	64,7%	71,4%	4.161	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B39. idem	beweging gewricht	60,5%	54,4%	2.768	AG minder gewricht p=.017 *
	anders	39,5%	45,6%	1.848	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B40. idem	stand gewricht	18,8%	24,6%	893	AG vaker stand gewricht p=.005 **
	anders	81,2%	75,4%	3.723	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B41. idem	algemene ontspanning	14,8%	26,8%	730	AG vaker ontspanning p=.000 ***
	anders	85,2%	73,2%	3.886	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B42. idem	sensibiliteit	6,2%	9,4%	297	AG vaker sensibiliteit p=.012 *
	anders	93,8%	90,6%	4.319	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B43. beperking	zelfverzorging	16,4%	20,4%	773	AG vaker zelfverzorging p=.037 *
	anders	83,6%	79,6%	3.843	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B44. idem	zitten, opstaan	26,1%	31,8%	1.227	AG vaker zitten-opstaan p=.013 *
	anders	73,9%	68,2%	3.389	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B45. idem	lopen, traplopen	33,4%	39,7%	1.567	AG vaker traplopen p=.011 *
	anders	66,6%	60,3%	3.049	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B46. idem	zware huish. activiteit	51,4%	57,6%	2.396	AG vaker zware huish. p=.016 *
	anders	48,6%	42,2%	2.220	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B47. idem	lichte huish. activiteit	17,2%	26,6%	834	AG vaker lichte huish. p=.000 ***
	anders	82,8%	73,4%	3.782	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B48. algemene vaardigheden	coping gezondheid	38,0%	45,3%	1.782	AG vaker coping p=.004 **
	anders	62,0%	54,7%	2.834	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B49. idem	compensatie toepassen	25,0%	33,3%	1.188	AG vaker compensatie p=.000 ***
	anders	75,0%	66,7%	3.428	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B50. sociale participatie	deelname huishouden	30,3%	35,5%	1.418	AG vaker deelname p=.03 *
	anders	69,7%	64,5%	3.198	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B51. idem	deelname sport/hobby	34,3%	23,6%	1.539	AG minder vaak sport p=.000 ***
	anders	65,7%	76,4%	3.077	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	
B52. symptomen klachten nek	nee	87,9%	92,6%	4.076	AG minder vaak nek p=.005 **
	ja	12,1%	7,4%	541	
Totaal		100,0%	100,0%	4.617	
B53. symptomen klachten schouder	nee	96,1%	93,6%	4.426	AG vaker schouder p=.016 *
	ja	3,9%	6,4%	191	
Totaal		100,0%	100,0%	4.617	

Vervolg volgende pagina

Vervolg					
Variabele	Categorieën	Respondenten fysiotherapeuten			Toets verschil tussen AG en RvN: significantie Chi-2
		% RvN	% AG	totaal	
B54. symptomen klachten rug					
	nee	96,6%	93,8%	4.447	AG vaker rug
	ja	3,4%	6,2%	170	
Totaal		100,0%	100,0%	4.617	p=.006 **
B55. symptomen klachten inwendige trauma knie					AG vaker knie
	nee	98,1%	96,3%	4.521	
	ja	1,9%	3,7%	96	
Totaal		100,0%	100,0%	4.617	p=.017 *
B56. stoornissen beïnvloedbaar					
	volledig herstel	53,6%	46,9%	2.417	AG minder volledig
	gedeeltelijk herstel	38,1%	40,0%	1.746	
	stabilisatie	5,7%	9,9%	275	
	vertraag verslechtering	1,4%	1,5%	63	
	niet beïnvloedbaar	1,2%	1,7%	57	
Totaal		100,0%	100,0%	4.558	p=.004 **
B57. beperkingen beïnvloedbaar					
	volledig herstel	62,2%	54,7%	2.559	AG minder volledig
	gedeeltelijk herstel	30,7%	30,8%	1.276	
	stabilisatie	5,1%	12,9%	241	
	vertraag verslechtering	1,2%	0,8%	50	
	niet beïnvloedbaar	0,8%	0,8%	32	
Totaal		100,0%	100,0%	4.158	p=.000 ***
B58. sociale participatie beïnvloedbaar					AG minder volledig
	volledig herstel	70,8%	60,7%	2.573	
	gedeeltelijk herstel	21,6%	27,6%	816	
	stabilisatie	5,2%	10,6%	211	
	vertraag verslechtering	1,0%	0,6%	37	
	niet beïnvloedbaar	1,3%	0,6%	46	
Totaal		100,0%	100,0%	3.683	p=.000 ***
B59. preventie complicaties					
	ja	57,0%	43,9%	2.528	AG minder preventie
	nee	43,0%	56,1%	2.001	
Totaal		100,0%	100,0%	4.529	p=.000 ***
kenmerken behandeling					
B60. behandel doel bij stoornis					
	pijn	73,6%	59,4%	3.338	AG minder vaak pijn
	anders	26,4%	40,6%	1.278	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.000 ***
B61. idem					AG minder vaak kracht
	kracht	32,3%	25,4%	1.464	
	anders	67,7%	74,6%	3.152	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.004 **
B62. idem					AG minder vaak gang
	gangstoornis	17,2%	11,1%	769	
	anders	82,8%	88,9%	3.847	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.002 **
B63. idem					AG vaker ontspanning
	alg. ontspanning	12,3%	23,9%	614	
	anders	87,7%	76,1%	4.002	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.000 ***
B64. idem					AG vaker doorbloeding
	doorbloeding	5,2%	8,6%	254	
	anders	94,8%	91,4%	4.361	
Totaal		100,0%	100,0%	4.615	p=.004 **
B65. idem					AG vaker concentratie
	concentratie	0,7%	2,5%	40	
	anders	99,3%	97,5%	4.575	
Totaal		100,0%	100,0%	4.615	p=.000 ***

Vervolg volgende pagina

Vervolg					
Variabele	Categorieën	Respondenten fysiotherapeuten			Toets verschil tussen AG en RvN: significantie Chi-2
		% RvN	% AG	totaal	
B66. behandeldoel bij beperking					AG vaker traplopen
	trappen lopen	27,2%	31,8%	1.273	
	anders	72,8%	68,2%	3.343	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.048 *
B67. idem	zware huish. activiteit	34,0%	43,3%	1.606	AG vaker zware huish.
	anders	66,0%	56,7%	3.010	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.000 ***
B68. idem	lichte huish. activiteit	10,3%	15,3%	495	AG vaker lichte huish.
	anders	89,7%	84,7%	4.121	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.002 **
B69. algemene vaardigheden					
	coping gezondheid	41,1%	51,2%	1.937	AG vaker coping
	anders	58,9%	48,8%	2.679	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.000 ***
B70. idem	compensatie	27,6%	35,2%	1.307	AG vaker compensatie
	anders	72,4%	64,8%	3.309	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.001 **
B71. sociale participatie					
	deelname huishouden	23,4%	28,6%	1.103	AG vaker participatie
	anders	76,6%	71,4%	3.513	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.021 *
B72. idem	zelfstandigheid	12,2%	27,6%	624	AG vaker zelfstandig
	anders	87,8%	72,4%	3.992	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.000 ***
B73. behandelvorm: massagetherapie					AG minder massage
	ja	66,4%	57,6%	3.031	
	anders	33,6%	42,4%	1.585	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.000 ***
B74. behandelvorm: oefen/bewegingstherapie					AG vaker oefentherapie
	ja	87,6%	91,1%	4.055	
	anders	12,4%	8,9%	560	
Totaal		100,0%	100,0%	4.615	p=.035 *
B75. behandelvorm: manuele therapie					AG minder manuele
	ja	29,4%	23,9%	1.333	
	anders	70,6%	76,1%	3.282	
Totaal		100,0%	100,0%	4.615	p=.020 *
B76. behandelvorm: advies gebruik hulpmiddelen					AG vaker advies
	ja	8,1%	11,8%	391	
	anders	91,9%	88,2%	4.224	
Totaal		100,0%	100,0%	4.615	p=.011 *
B77. toediening elektro-magnetische energie					AG minder elektro-mag
	ja	19,2%	11,6%	398	
	anders	80,8%	88,4%	1.751	
Totaal		100,0%	100,0%	2.149	p=.010 *
Kenmerken resultaat behandeling					
B78. reden beëindiging: staken door patiënt					AG vaker patiënt
	ja	4,1%	8,1%	206	
	anders	95,9%	91,9%	4.410	
Totaal		100,0%	100,0%	4.616	p=.000 ***
B79. functioneel herstel stoornissen					AG minder volledig
	volledig herstel	49,3%	40,1%	2.122	
	gedeeltelijk herstel	36,0%	41,7%	1.596	
	stabilisatie	7,7%	12,8%	356	
	vertraging verslecht.	1,6%	2,1%	72	
	niet beïnvloed	5,4%	3,2%	229	
Totaal		100,0%	100,0%	4.375	p=.000 ***

Vervolg volgende pagina

Vervolg					
Variabele	Categorieën	Respondenten fysiotherapeuten			Toets verschil tussen AG en RvN: significantie Chi-2
		% RvN	% AG	totaal	
B80. functioneel herstel beperkingen					AG minder volledig
	volledig herstel	56,3%	50,0%	2.226	
	gedeeltelijk herstel	29,4%	30,6%	1.179	
	stabilisatie	8,1%	14,9%	347	
	vertraging verslecht.	1,3%	2,5%	58	
	niet beïnvloed	4,8%	2,0%	183	
Totaal		100,0%	100,0%	3.993	p=.000 ***
B81. functioneel herstel sociale participatie					AG minder volledig
	volledig herste	64,1%	55,3%	2.226	
	gedeeltelijk herstel	21,7%	27,7%	781	
	stabilisatie	7,8%	12,3%	287	
	vertraging verslecht.	1,3%	1,9%	48	
	niet beïnvloed	5,1%	2,8%	173	
Totaal		100,0%	100,0%	3.515	p=.001 ***
B82. preventie complicaties gerealiseerd					AG minder vaak
	ja	72,9%	63,8%	2.180	
	nee	27,1%	36,2%	836	
Totaal		100,0%	100,0%	3.016	p=.005 **
B83. beïnvloeding patiënt gerealiseerd inzake levensstijl (inzicht in gezondheidsproblematiek)					AG minder gerealiseerd
	ja	74,2%	65,5%	2.885	
	nee	25,8%	34,5%	1.004	
Totaal		100,0%	100,0%	3.929	p=.001 **
B84. beïnvloeding patiënt voldoende gerealiseerd inzake levensstijl (inzicht in gezondheidsproblematiek)					AG minder gerealiseerd
	goed	79,3%	64,5%	2.174	
	matig	18,3%	29,0%	532	
	onvoldoende	2,5%	6,5%	77	
Totaal		100,0%	100,0%	2.783	p=.000 ***
B85. beïnvloeding patiënt voldoende gerealiseerd inzake motorische vaardigheden (omgaan met gezondheids- problematiek)					AG minder gerealiseerd
	goed	67,7%	58,9%	1.726	
	matig	27,6%	34,4%	725	
	onvoldoende	4,7%	6,7%	126	
Totaal		100,0%	100,0%	2.577	p=.030 *
B86. beïnvloeding patiënt voldoende gerealiseerd inzake opvolgen adviezen					AG minder gerealiseerd
	goed	78,1%	69,2%	2.729	
	matig	18,1%	26,8%	664	
	onvoldoende	3,8%	4,0%	136	
Totaal		100,0%	100,0%	3.529	p=.001 **
B87. probleem bij behandeling: max aantal zittingen onvoldoende voor voltooiing behandeling					AG minder probleem
	ja	5,6%	2,2%	244	
	anders	94,4%	97,8%	4.371	
Totaal		100,0%	100,0%	4.615	p=.004 **

BIJLAGE IV

Postcodes achterstandsgebieden huisartsen (1998)

* = in 1998 toegevoegd aan lijst 1993 van 88 postcodegebieden

1	1013 a'dam	40	2526	79	3086*	118	6828
2	1019	41	2532	80	3087*	119	6832*
3	1021*	42	2533	81	3118 schiedam	120	6833*
4	1022*	43	2541	82	3119*	121	6841*
5	1023*	44	2542*	83	3193* hoogvliet	122	7202* zutphen
6	1024*	45	2544	84	3317* dordrecht	123	7413 deventer
7	1031*	46	2545	85	3513 utrecht	124	7416*
8	1032	47	2562	86	3515*	125	7417*
9	1051	48	2571	87	3522	126	7512 enschede
10	1052	49	2572	88	3525*	127	7543*
11	1053	50	2583*	89	3527*	128	7544*
12	1055	51	3014 rotterdam	90	3531*	129	7605* almelo
13	1056	52	3015*	91	3551	130	7606*
14	1057	53	3021	92	3552	131	8021 zwolle
15	1061	54	3022	93	3554	132	8226* lelystad
16	1063	55	3023	94	3561	133	8606* sneek
17	1064	56	3024	95	3562*	134	8911* leeuwarden
18	1067*	57	3025	96	3582	135	8918*
19	1069*	58	3026	97	3744* baarn	136	8921*
20	1072	59	3027	98	3814* amersfoort	137	8922*
21	1073	60	3029	99	5021 tilburg	138	8923*
22	1074*	61	3031	100	5025	139	8924*
23	1091	62	3032*	101	5036*	140	8933*
24	1092	63	3033	102	5046	141	8936*
25	1093	64	3034	103	5213 den bosch	142	8937*
26	1094	65	3035	104	5621* eindhoven	143	9449*nootgedacht
27	1095	66	3036	105	5701* helmond	144	9711 groningen
28	1097	67	3038	106	6214* maastricht	145	9712*
29	1102 a'dam-zo	68	3061	107	6463*kerkrade	146	9713
30	1103*	69	3071	108	6511 nijmegen	147	9715
31	1104	70	3072	109	6512	148	9716
32	1967* heemskerk	71	3073	110	6534*	149	9718*
33	2316 leiden	72	3074	111	6535*	150	9724
34	2512 den haag	73	3075*	112	6541*	151	9727
35	2515	74	3078*	113	6542	152	9741
36	2516	75	3081	114	6821 arnhem	153	9742
37	2521*	76	3082	115	6822	154	9743*
38	2524	77	3084*	116	6826*	155	9931* delfzijl
39	2525	78	3085*	117	6827*		

