

EPIDEMIOLOGISCHE BASISGEGEVENS FYSIOTHERAPIE

E.Chr. Curfs
J.J. Kerssens

November 1989

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-319946

VOORWOORD

Wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de fysiotherapie staat de laatste jaren volop in de belangstelling. Zo is door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) in de periode van augustus 1985 tot en met december 1987 een groot onderzoek uitgevoerd naar de plaats en functie van de fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Het doel van dit onderzoek was basisgegevens te verzamelen die nodig zijn om evaluatieonderzoek op het gebied van de fysiotherapie te kunnen uitvoeren. De resultaten van dit onderzoek zijn beschreven in een viertal rapporten (1). Als onderdeel daarvan worden in deze rapporten nadere voorstellen gedaan voor een verder onderzoeksprogramma op het terrein van de fysiotherapie. Aan een van de voorstellen wordt, sedert 1 februari 1988, daadwerkelijk uitvoering gegeven in het onderzoeksproject 'Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie (BEEF)'. Dit onderzoeksproject kent twee doelstellingen. De eerste doelstelling omvat het uitvoeren van beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek in de extramurale fysiotherapie aan de hand van wisselende vraagstellingen en de tweede doelstelling het ontwikkelen van een instrument ter realisering van een systeem voor het verzamelen van epidemiologische basisgegevens over het klachtenaanbod en de behandeling in de extramurale fysiotherapiepraktijk (2).

Dit werkverslag heeft betrekking op de tweede doelstelling. Besproken wordt welke epidemiologische basisgegevens worden verzameld alsmede de wijze waarop deze basisgegevens door fysiotherapeuten op een registratieformulier worden geregistreerd.

Het BEEF-project wordt gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) en uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

Het Ministerie van WVC heeft ten behoeve van het BEEF-project een begeleidingscommissie ingesteld. Deze is samengesteld uit leden die de volgende instantie en beroepsorganisaties vertegenwoordigen: de Geneeskundige Hoofdinspectie, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, de Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband, de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, de Vereniging van

Nederlandse Ziekenfondsen, het Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Zieketekostenverzekeraars, de Ziekenfondsraad, de opleidingen tot fysiotherapeut en Directies VTA en AGZ van het Ministerie van WVC.

INHOUD	pag
1. INLEIDING	1
2. PLAATS EN FUNCTIE VAN DE FYSIOTHERAPIE IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG	3
3. HET FYSIOTHERAPEUTISCH BEHANDELINGSPROCES	6
4. EPIDEMIOLOGIE EN FYSIOTHERAPIE	8
5. PRESENTATIE BASISGEGEVENS	21
EINDNOTEN	42
LITERATUUR	43
OVERZICHT TABELLEN EN GRAFIEKEN BEEF-REGISTRATIE	46
BIJLAGE 1 REGISTRATIEFORMULIER FYSIOTHERAPIE IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG	
BIJLAGE 2 BEHANDELVORMEN EN CODES	
BIJLAGE 3 BEHANDELDOELEN EN CODES	
APPENDIX 1 RELATIE TUSSEN BELEIDSGERICHT EVALUATIE- EN EFFECTONDERZOEK EXTRAMURALE FYSIOTHERAPIE EN HET FYSIOTHERAPIE ONTWIKKELINGSNETWERK	
APPENDIX 2 RELATIE TUSSEN HET FYSIOTHERAPIE INFORMATIE- MODEL EN HET REGISTRATIEFORMULIER VAN HET PROJECT BELEIDSGERICHT EVALUATIE- EN EFFECT- ONDERZOEK FYSIOTHERAPIE	

INLEIDING

De probleemstelling van het BEEF-deelonderzoek 'het verzamelen en beschrijven van epidemiologische basisgegevens in de extramurale fysiotherapie' is in het projectvoorstel (2) als volgt verwoord: 'Welke patiënten worden bij welke klachten verwezen naar in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzame fysiotherapeuten, welke werkdiagnose verbindt de fysiotherapeut aan deze klachten en welke behandeling wordt er ingesteld?'

De basisgegevens die nodig zijn om deze vragen te beantwoorden worden verzameld door middel van een registratieformulier. Dit registratieformulier bevat een aantal rubrieken die door de fysiotherapeuten, die deelnemen aan dit onderzoeksproject, worden ingevuld. Deze fysiotherapeuten zijn allen werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het formulier wordt daarom aangeduid als het 'Registratieformulier Fysiotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg (RFEG)'. In dit verslag wordt een verantwoording gegeven van zowel de inhoud van het registratieformulier (welke vragen worden gesteld?) als van de vorm van het formulier (waarom worden de vragen op deze manier gesteld?).

Omdat het registratieformulier basisgegevens van de fysiotherapie verzameld, is het wenselijk eerst in te gaan op de plaats en functie van de fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. In hoofdstuk 2 wordt daartoe in het kort vanuit de volgende gezichtspunten de plaats en functie van de fysiotherapie in Nederland besproken: de regelgeving van de overheid beschrijft het wettelijke kader van het beroep van fysiotherapeut (Wet op de Paramedische Beroepen, 1963; Fysiotherapeutenbesluit, 1977); de beroepsorganisatie van fysiotherapeuten, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGvF), geeft een beeld van het beroep van fysiotherapeut (Beroepsomschrijving Fysiotherapeut, 1986) en een samenvatting van de resultaten uit het onderzoek Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg (Groenewegen e.a., 1988) geeft een overzicht van de extramurale fysiotherapeutische zorgverlening in Nederland.

Voor een groot deel is de vraagstelling, zoals boven omschreven, van toepassing op het fysiotherapeutisch behandelingsproces. Vragen als 'welke werkdiagnose verbindt de fysiotherapeut aan de klachten van de patiënt en welke behandeling wordt ingesteld' zijn direct van

toepassing hierop, terwijl vragen als 'welke patiënten worden bij welke klachten verwezen' hieraan nauw zijn gelieerd. Het fysiotherapeutisch behandelingsproces wordt derhalve, in hoofdstuk 3, nader toegelicht. De beschrijving hiervan vindt plaats op basis van de Beroepsomschrijving Fysiotherapeut (KNGvF, 1986) die een aantal aspecten aan dit proces onderscheidt, zoals het fysiotherapeutisch onderzoek, het behandelplan en de fysiotherapeutische behandeling.

In hoofdstuk 4 wordt beschreven welke basisgegevens worden verzameld, welke vraagstelling in het registratieformulier daarvoor wordt gehanteerd, op welk tijdstip in het behandelingsproces deze gegevens worden verzameld en op welke wijze de gegevens worden geclassificeerd.

In hoofdstuk 5 volgt een overzicht van de wijze waarop de verzamelde basisgegevens worden gepresenteerd, als tabel of grafiek of in de vorm van een thematische presentatie.

Na de eindnoten en het literatuuroverzicht volgen nog het overzicht van tabellen en grafieken, de bijlagen en twee appendices. In appendix 1 wordt de relatie tussen het BEEF-onderzoek en het Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk, een project van de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF) toegelicht, terwijl in appendix 2 aandacht wordt besteed aan de relatie tussen het BEEF-project en het Fysiotherapie Informatie Model, eveneens een project van SWSF. Behalve in BEEF en in het Fysiotherapeutisch Ontwikkelings Netwerk vindt ook bij de Stichting Centrum voor Fysiotherapie te Tegelen een registratie plaats van patiënten die met fysiotherapie behandeld worden. Op de relatie tussen dat project en BEEF zal hier echter niet ingegaan worden.

2. PLAATS EN FUNCTIE VAN DE FYSIOTHERAPIE IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG

Het beroep van fysiotherapeut; het Fysiotherapeutenbesluit

Onder het uitoefenen van het beroep van fysiotherapeut verstaat de Wet op de Paramedische Beroepen (WPB) "het beroepsmatig ingevolge verwijzing door een praktisch uitoefenende geneeskundige toepassen van één of meer van de volgende vormen van therapie:

- a. de bewegingstherapie (oefentherapie), als hoedanig wordt aangemerkt het tot een geneeskundig doel aan de patiënt uitvoeren of door de patiënt doen uitvoeren van bewegingen;
- b. de massagetherapie, als hoedanig wordt aangemerkt het tot een geneeskundig doel toepassen van massagetechnieken op de patiënt;
- c. de fysische therapie in engere zin, als hoedanig wordt aangemerkt het tot een geneeskundig doel de patiënt toedienen van fysische prikkels...." (WPB, Fysiotherapeutenbesluit, 1977).

Uit deze definiëring van het beroep van fysiotherapeut is af te leiden dat de fysiotherapeut de geneeskunst uitoefent, echter in beperkte mate (Leenen, 1981). De beperking geldt voor zowel de omvang van de uitoefening als voor de toegankelijkheid tot de fysiotherapeutische zorg. De fysiotherapeut voert enkel de genoemde therapievormen uit, te weten de bewegingstherapie, de massagetherapie en de fysische therapie in engere zin en hij kan deze therapievormen slechts uitvoeren "ingevolge verwijzing door een praktisch uitoefende geneeskundige" (Fysiotherapeutenbesluit, 1977).

Het beroep van fysiotherapeut; de beroepsomschrijving

De beroepsorganisatie van fysiotherapeuten, het KNGvF, omschrijft de functie van fysiotherapie binnen de gezondheidszorg als volgt: "Fysiotherapie omvat het met behulp van behandelmethoden als massagetechnieken, bewegingstechnieken en fysiotecnische middelen gericht beïnvloeden, op basis van een positieve intermenselijke relatie, van een in zijn functioneren belemmerende medemens. Hierbij is het lichamenlijk facet van zijn belemmerd zijn het primaire aangrijpingspunt" en verder: "Een belangrijk deel van de fysiotherapie houdt zich bezig met het bewegend functioneren van de mens" en "fysiotherapeuten vormen een groep hulpverleners met specifieke kennis van en vaardigheden inzake het bewegend functioneren".

De plaats van de fysiotherapie wordt, aldus het KNGvF, bepaald door

"haar situering binnen de overige voorzieningen en het specifieke karakter van de hulp, eventueel gekoppeld aan een bepaald type gezondheidszorgvoorziening".

Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg; samenvatting

Na de wettelijke inkadering op grond van de WPB en de normatieve visie van de Beroepsomschrijving fysiotherapie biedt het rapport 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg, samenvatting' een blik op de fysiotherapeutische praktijk van alledag (Groenewegen e.a., 1988):

Patiënten die zich voor behandeling tot de extramuraal werkende fysiotherapeut wenden zijn meestal daarheen verwezen door de huisarts (80%), 18% van de patiënten is verwezen door een medisch-specialist en 2% door een andere arts (schoolarts, sportarts, tandarts) of raadpleegt de fysiotherapeut op eigen initiatief zonder verwijzing.

Huisartsen verwijzen in het algemeen naar een groot aantal verschillende fysiotherapiepraktijken en fysiotherapeuten ontvangen hun patiënten van een groot aantal huisartsen. Er is een grote variatie tussen huisartsen onderling vast te stellen met betrekking tot het aantal patiënten dat zij verwijzen voor fysiotherapie. De klachten en verwijsindicaties waarvoor artsen patiënten naar de fysiotherapeut verwijzen hebben, zoals men mocht verwachten, vooral betrekking op het bewegingsapparaat (meer dan 90%). De relatie tussen enerzijds de aard en het gevolg van de aandoening en anderzijds het doel van de behandeling blijkt complex te zijn.

Klachten van patiënten hebben vrijwel altijd een pijncomponent. Het is derhalve niet vreemd dat de behandeling van de fysiotherapeut vaak daarop is gericht.

Consequenties

Fysiotherapeuten zijn aldus werkzaam op het terrein van de geneeskunst. Hun werkterrein is echter beperkt. Zij behandelen patiënten slechts na verwijzing door een geneeskundige (meestal een huisarts) en zij mogen een beperkt aantal therapievormen uitoefenen. Fysiotherapeuten zijn hulpverleners met specifieke kennis en vaardigheden inzake het bewegend (dys)functioneren van de mens. De klachten waarvoor artsen patiënten voor fysiotherapie verwijzen hebben dan ook meestal betrekking op het bewegingsapparaat. De klachten van de patiënten hebben dikwijls een pijncomponent, die in de fysiotherapeutische behandeling wordt betrokken.

Op grond van bovenstaande zal worden geregistreerd of de verwijzing

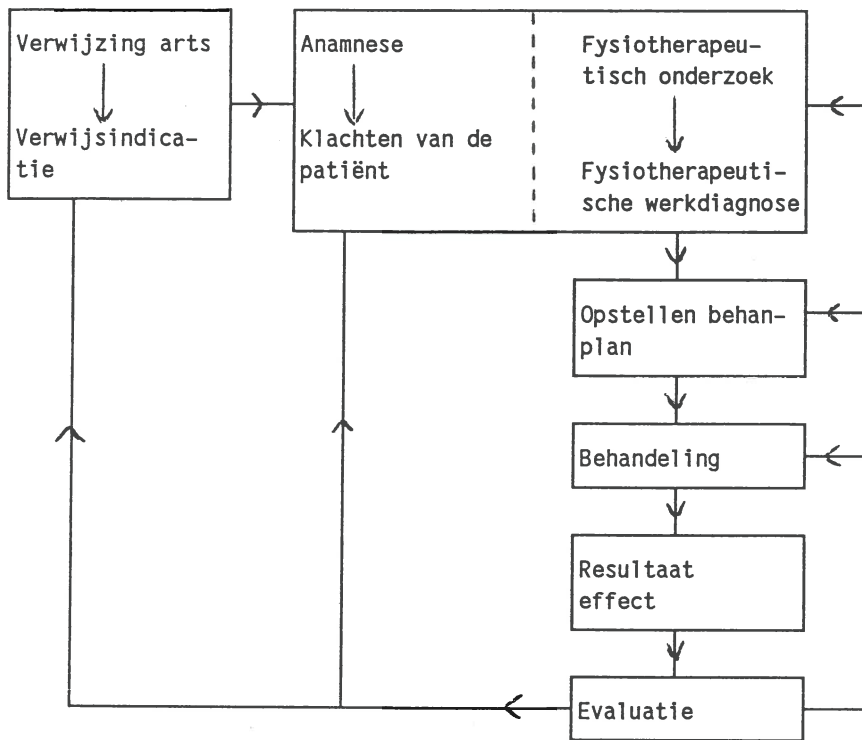
voor fysiotherapie is verstrekt door een huisarts of een andere geneeskundige, de medische diagnose wordt op basis van informatie van de verwijzend arts geregistreerd en de registratie spitst zich toe op de klachten die van belang zijn voor fysiotherapeutische behandeling en dat zijn met name klachten die betrekking hebben op het bewegingsapparaat en haar regulerende systemen.

3. HET FYSIOTHERAPEUTISCH BEHANDELINGSPROCES

Het klachtenpatroon van de patiënt is de aanleiding voor de fysiotherapeutische hulpverlening. De fysiotherapeutische hulpverlening wordt door het KNGvF omschreven als "de manier waarop individuele fysiotherapeuten hun kennis, vaardigheden en beroepshouding gebruiken om invloed uit te oefenen op de klacht van de patiënt" (Beroepsomschrijving Fysiotherapeut, 1986). Aangezien fysiotherapeuten speciale kennis en vaardigheden bezitten met betrekking tot het bewegend functioneren van de mens (onder anderen Granger e.a., 1987 en KNGvF, 1986) is het fysiotherapeutisch behandelingsproces vooral daarop gericht (Kerssens e.a., 1987). Het fysiotherapeutisch behandelingsproces kan als in figuur 1 (zie volgende pagina) schematisch worden voorgesteld.

Na verwijzing door een arts, op basis van verwijsindicaties (3), worden de klachten van de patiënt geïnventariseerd tijdens het afnemen van de anamnese. Op grond van de klachten van de patiënt en de medische verwijsindicatie van de arts verricht de fysiotherapeut daarna een gericht onderzoek aan de patiënt. Als resultaat daarvan stelt de fysiotherapeut de fysiotherapeutische werkdiagnose vast die een of meerdere behandelbare grootheden (fysiotherapeutische aangrijpingspunten) bevat (Bobbert e.a., 1984). De behandelbare grootheden vormen het belangrijkste uitgangspunt voor de opstelling van het behandelplan. Daarin worden behandeldoelen gekozen, die in een aantal sessies (zittingen) met een bepaalde frequentie en met behulp van een of meer behandelvormen bereikt moeten worden. Het resultaat, na een of meerdere zittingen of aan het eind van de behandeling, geeft aanleiding tot evaluatie van het fysiotherapeutisch behandelingsproces. Hierbij kunnen vragen aan de orde komen als 'Is het behandeldoel bereikt, moet het behandelplan worden bijgesteld of is uitvoeriger onderzoek gewenst?'. Op basis van de antwoorden op deze en andere vragen kan de behandeling worden beëindigd, bijgesteld of voortgezet. In voorkomende gevallen is terugkoppeling van een eerder stadium van het behandelingsproces noodzakelijk (bijvoorbeeld meer informatie vragen aan verwijzend arts of nader fysiotherapeutisch onderzoek verrichten).

Figuur 1: Schematische voorstelling van het fysiotherapeutisch behandelingsproces



Vrij naar Beroepsomschrijving Fysiotherapeut (NGvF, 1986)

Legenda: pijlen geven de opeenvolging van acties of bevindingen aan.

Consequenties: Naar aanleiding van het fysiotherapeutisch behandelingsproces zullen de diagnostische bevindingen van de fysiotherapeut worden geregistreerd evenals aspecten van het behandelplan en de behandeling. In dit onderzoek (zie vraagstelling in inleiding) komen de onderdelen 'resultaat van de behandeling' en 'evaluatie' van het fysiotherapeutisch behandelingsproces niet aan de orde.

4. EPIDEMIOLOGIE EN FYSIOTHERAPIE

Registratie

In hoofdstuk 3 kwamen, in het kort, de aspecten van het fysiotherapeutisch behandelingsproces ter sprake. Van elk aspect kunnen gegevens worden geregistreerd. In het onderzoeksproject BEEF zijn vooral de gegevens van belang die een antwoord kunnen geven op de eerder geformuleerde vraagstellingen van dit onderzoek.

In het algemeen is de wijze van registreren, en dus de verzameling van bepaalde gegevens, afhankelijk van het doel van de registratie. Groenewegen (1986) geeft drie doelstellingen van registratie in de fysiotherapiepraktijk aan: het bevorderen van continuïteit van de zorg en het mogelijk maken van overdracht van patiënten van de ene naar de andere fysiotherapeut; het mogelijk maken van zelftoetsing en onderlinge toetsing en als laatste het fungeren als bron voor onderzoek. Deze laatste doelstelling is van toepassing op het BEEF-onderzoek. Meer specifiek is het doel van de registratie in BEEF een overzicht te geven van persoonskenmerken, klachten, werkdiagnosen en behandelingen van patiënten die behandeld worden door fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit betekent dat groepen van patiënten onderscheiden worden die een zekere homogeniteit vertonen wat betreft persoonskenmerken, klachten, werkdiagnosen of behandelingen. De gegevens worden op een zodanig niveau van detaillering verzameld dat het onderscheiden van dergelijke groepen patiënten mogelijk is. De mate van detaillering is echter niet zo groot als bijvoorbeeld vereist is voor een adequate overdracht van een individuele patiënt van de ene naar de andere fysiotherapeut. In dat geval is meer specifieke informatie nodig. De registratie in BEEF is echter niet bedoeld om dergelijke specifieke informatie te verzamelen.

Het niveau van detaillering wordt - behalve door het doel van het onderzoek - ook bepaald door praktische grenzen aan de hoeveelheid gegevens die verzameld kunnen worden. In BEEF wordt gestreefd naar een breed overzicht over het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces. De consequentie hiervan is dat de mogelijkheid om meer specifieke details te beschrijven beperkt is. Om deze reden is er onder meer voor gekozen bij de registratie van behandelingen behandelvormen te registreren, zonder een nadere specificatie van de karakteristieken van deze behandelvormen (zoals bijvoorbeeld prikkelintensiteit). Deze keuze heeft consequenties voor de conclusies die uit de registratie getrokken kunnen worden. Er kunnen conclusies ge-

trokken worden op het niveau van behandelvormen, maar niet op een nog nader gespecificeerd niveau. Anders gezegd: over overeenkomsten en verschillen tussen behandelingen, die verklaarbaar zijn vanuit een nadere specificatie van behandelvormen, kunnen op basis van de registratie in BEEF geen uitspraken gedaan worden. Over overeenkomsten en verschillen tussen behandelingen, die verklaarbaar zijn vanuit de behandelvormen op zich, kunnen wel uitspraken gedaan worden. Op dit punt gekomen is het wellicht verstandig op te merken dat dit laatste niveau op zich van veel waarde is: een overzicht op dit niveau over het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces bestaat momenteel niet; een dergelijk overzicht kan een bijdrage leveren aan het inzichtelijk maken van het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces.

Classificatie

In het BEEF-project zullen grote aantallen gegevens verzameld moeten worden. Het werken met grote aantallen gegevens is echter slechts mogelijk indien deze gegevens worden gerangschikt. Ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek is classificering (het systematisch indelen van gegevens in onderscheiden, gelijksoortige categorieën) altijd noodzakelijk (Groenewegen, 1986).

Welke classificaties gebruikt worden is afhankelijk van het doel van het onderzoek en hangt nauw samen met zowel de hoedanigheid van de gegevens die zijn geregistreerd als met de wijze waarop deze gegevens zijn verzameld (de vorm van de vraagstelling). Bij de hierna te bespreken gegevens zal telkens aandacht worden geschonken aan de classificering ervan.

Registratieformulier Fysiotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg (RFEG)

Welke gegevens moeten nu in het bijzonder ten behoeve van het project BEEF worden geregistreerd en in welk deel van het behandelingsproces worden deze verzameld. Op welke manier (RFEG) worden zij verzameld en hoe worden zij geclassificeerd? Voor het antwoord op deze vragen grijpen wij nogmaals terug naar het fysiotherapeutisch behandelingsproces en naar de vraagstellingen behorend bij dit onderzoek. Daarbij maken wij gebruik van figuur 2 (zie volgende pagina), waarin een schematisch overzicht van de relatie tussen de vraagstellingen van het in dit rapport besproken deelonderzoek van BEEF en het fysiotherapeutisch behandelingsproces wordt weergegeven.

Persoonskenmerken

De eerste vraag 'welke patiënten worden verwezen' heeft betrekking

op persoonskenmerken. Friedman (1980) geeft aan dat bij beschrijven de onderzoeken persoonskenmerken als leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, sociaal-economische status van belang zijn. De persoonskenmerken die in het RFEG worden geregistreerd, worden in het fysiotherapeutisch behandelingsproces hoofdzakelijk verzameld tijdens de intake en de anamnese (zie figuur 2 volgende pagina).

De persoonskenmerken die in het BEEF-onderzoek worden geregistreerd hebben betrekking op personalia, verzekeringsvorm, woonsituatie, opleiding en beroep van de patiënt. Op pagina 3 van het RFEG (bijlage 1) is te zien hoe deze persoonskenmerken in het BEEF-onderzoek worden verzameld.

Personalia

Het is van belang de persoonlijke gegevens van de patiënt, met zoveel mogelijk behoud van zijn privacy, eenduidig vast te leggen. Alleen op die manier kunnen vervolghandelingen van patiënten (met name belangrijk bij patiënten met chronische klachten) worden beschreven, zelfs al zou de patiënt (binnen dezelfde praktijk) door een andere fysiotherapeut worden behandeld.

In het RFEG wordt de patiënt gekenmerkt door de eerste drie letters van zijn naam, zijn voorletters en zijn geboortedatum.

Leeftijd

De geboortedatum staat, in combinatie met de registratiedatum, toe de patiënten te onderscheiden naar leeftijdscategorieën. In hoofdstuk 5 wordt bij het overzicht van tabellen de indeling van deze en andere gegevens weergegeven. De leeftijd van patiënten is van belang omdat sommige aandoeningen een sterke samenhang vertonen met een bepaalde leeftijdsgroep (Kerssens e.a., 1987).

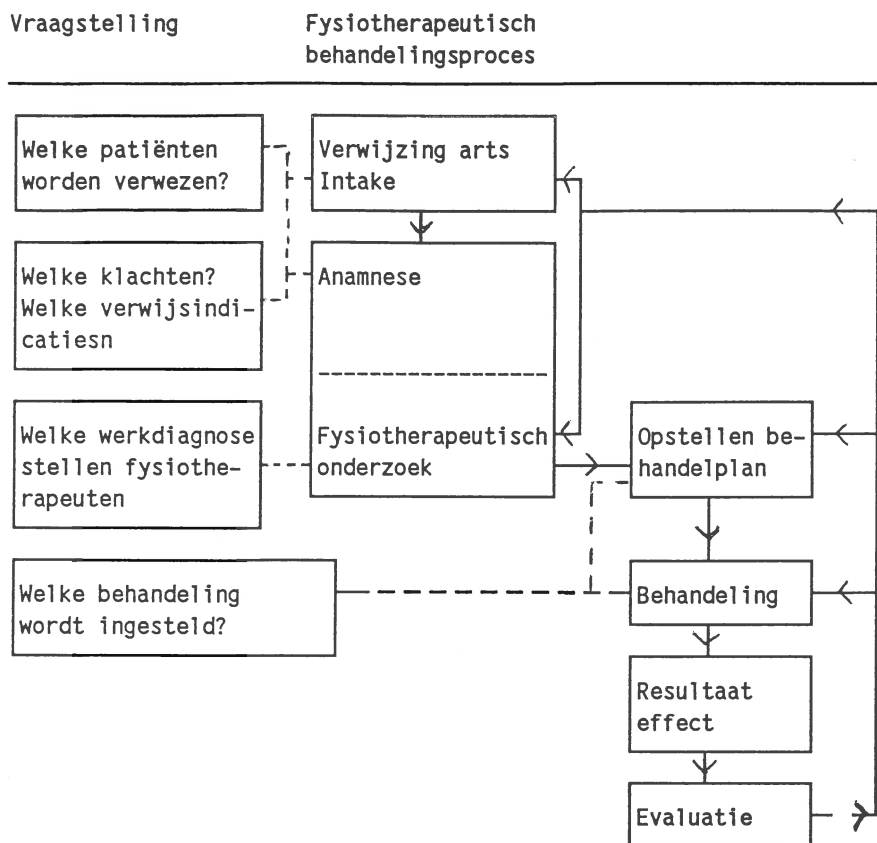
Lamberts (1984) constateerde een relatie tussen leeftijd, geslacht en diagnose of klacht. Zo komen artrosisklachten het meest voor bij oudere vrouwen.

Geslacht

Evenals de leeftijd is ook de registratie van het persoonskenmerk 'geslacht' van belang.

Zo melden Kerssens e.a. (1987) dat vrouwen meer gebruik maken van fysiotherapie dan mannen en (gecombineerd met leeftijd) dat, naarmate de leeftijd van de patiënten toeneemt, de prevalentie van de vrouw als patiënt toeneemt.

Figuur 2: Schematisch overzicht van relatie tussen vraagstelling van BEEF-deelonderzoek 'epidemiologische basisgegevens' en fysiotherapeutisch behandelingsproces



Legenda bij figuur 2

Stippellijnen geven het verband aan tussen de afzonderlijke vraagstellingen en de fasen van het fysiotherapeutisch behandelingsproces waarin de gegevens worden verzameld ter beantwoording van deze vraagstellingen.

De onderbroken lijnen (met pijltjes) geeft de opeenvolging van fasen in het fysiotherapeutisch behandelingsproces weer.

Sociaal-economische kenmerken

De **verzekeringsvorm** is in ons land van belang omdat de toegankelijkheid van de zorg erdoor wordt beïnvloed. In het RFEG worden sociaal-economische kenmerken geregistreerd als **het beroep** (ook huishouding en niet-werkend) en **de opleiding**. Sociaal-economische kenmerken blijken samen te hangen met het voorkomen van bepaalde ziekten (Friedman, 1980).

De variabelen **woonsituatie** en **woonvorm** zijn toegevoegd om een eerste indruk te krijgen van de aanwezigheid van professionele zorg en mantelzorg waarop de patiënt een beroep kan doen. Zo zijn bijvoorbeeld in een verpleeghuis andere professionele krachten aanwezig dan in een verzorgingstehuis, en is de kans op mantelzorg van een alleenstaande waarschijnlijk kleiner dan van een patiënt die samenwoont met kinderen en partner. Bovendien zegt de woonvorm iets over de (gezondheids)toestand van de patiënt in het algemeen. Iemand die woont in een verzorgingstehuis is oud en bewoners van een verpleegkliniek zijn voor hun verzorging aangewezen op professionele krachten.

Classificatie van persoonskenmerken als geslacht en leeftijd is betrekkelijk eenvoudig. De categorieën van deze kenmerken (man/vrouw of verschillende leeftijdscategorieën) zijn eenvoudig te onderscheiden en in te delen.

Classificatie van het kenmerk 'beroep' geschiedt op basis van de (tweecijferige) beroepen-classificatie van het CBS (1985). Hierin worden de beroepen ingedeeld op sociaal-economische grondslag.

Klachten

De tweede vraagstelling 'welke klachten heeft de patiënt' wordt gesplitst in twee vragen. De eerste vraag is dan 'welke klachten verwoordt de patiënt?' en de tweede vraag luidt 'welke verwijsindicatie verbindt de verwijzend arts aan de klacht van de patiënt?'.

De klachten zoals de patiënt die zelf omschrijft zijn belangrijk omdat zij de aanleiding vormen voor de patiënt om (fysiotherapeutische) hulp in te roepen. Te zamen met de verwijsindicatie van de arts vormen de klachten van de patiënt de basis waarop de fysiotherapeut zijn gericht fysiotherapeutisch onderzoek gaat verrichten. Het antwoord op de eerste vraag van deze vraagstelling kan worden verkregen in de anamnese; de verwijsindicatie wordt vastgesteld met behulp van de verwijzing (intake-fase).

Klacht van de patiënt

De klachten van de patiënt worden geregistreerd in bewoordingen zoals de patiënten zelf hun klacht(en) omschrijven.

In het BEEF-project worden de gegevens met betrekking tot de klachten van de patiënt geclassificeerd in de International Classification for Primary Care (ICPC). De ICPC is een classificatie gericht op de eerstelijnsgezondheidszorg, voor de redenen waarvoor de patiënt de huisarts raadpleegt (reasons for encounter), de diagnoses die (huis)artsen verbinden aan de klachten van de patiënt en de medische interventies (Lamberts e.a., 1987). Op basis hiervan kunnen aan de ICPC drie delen worden onderscheiden: de 'RFE-mode', die de klachten van de patiënten classificeert, de 'diagnostic-mode', waarin de diagnoses worden gerangschikt en de 'proces-mode' waarin de medische interventies een plaats vinden. De 'RFE-mode' van deze classificatie sluit goed aan op de klachten zoals de patiënt deze vermeldt (Lamberts e.a., 1987) en praktisch levert deze classificatie voor de toe te passen registratie weinig problemen op (Curfs e.a., 1987).

Bijna altijd speelt bij de fysiotherapeutische behandeling van de klachten van de patiënt pijn een rol. Derhalve zijn in het RFEG daaraan enige aanvullende vragen gewijd betreffende de condities waaronder pijn optreedt (zie pagina 4 van bijlage 1). Daarnaast worden nog enige vragen gesteld die van belang zijn om de ernst van de klachten te kunnen beoordelen of die de contouren van de algehele behandeling van de klachten meer zichtbaar maken. Met name wordt geregistreerd of de patiënten al eerder, voor dezelfde of andere klachten, fysiotherapeutisch zijn behandeld en welke medische interventies ten behoeve van de klacht in het voorliggende half jaar hebben plaatsgevonden. Verder wordt geïnformeerd naar de oorzaak of ontstaan van de klachten, hoe lang de aandoening of ziekte bestaat, hoe lang de huidige klachten aanwezig zijn en wanneer de patiënten zijn verwezen. Op deze manier kan eenvoudig de tijdsspanne tussen ontstaan, verwijzing en behandeling van de klachten worden vastgesteld. Ten slotte wordt geïnformeerd naar andere dan fysiotherapeutische hulpverlening aan de patiënt ten behoeve van de gepresenteerde klachten.

Op pagina 7 van het RFEG is een rubriek gewijd aan de psycho-sociale en somatische aspecten van de klacht. In deze rubriek geeft de fysiotherapeut aan in welke mate, naar zijn eigen oordeel, psycho-sociale en/of somatische aspecten een rol spelen bij de klachten van de patiënt. Het antwoord op deze vraag kan meestal niet aan het

begin van de fysiotherapeutische behandeling worden gegeven. Derhalve is deze rubriek op deze plaats in het RFEG opgenomen.

Verwijsindicaties

De verwijsindicatie waarvoor de patiënt voor fysiotherapie is verwezen wordt geregistreerd in termen zoals die letterlijk door de verwijzende arts zijn omschreven of verwoord.

Classificaties voor medische diagnoses zijn talrijk en hebben een bijna honderdjarige traditie (Curfs e.a., 1987). Waren het aanvankelijk vooral diagnoses die doodsoorzaken aangaven (International Classification of Causes of Death), later werden de classificaties uitgebreider (ook symptomen en psychosociale aspecten van ziekten konden worden geclassificeerd) of meer toegesneden op de gebruiker. Zo ontstonden classificaties speciaal bestemd voor huisartsen (Elijst, ICPC, International Classification of Health Problems in Primary Care/ICHPPC) en voor intramuraal gebruik (International Classification of Diseases, Clinical Modification (ICD-CM).

Ten behoeve van het BEEF-onderzoek maken wij gebruik van de ICPC. De 'diagnostic-mode' van deze classificatie is afgeleid van zowel de ICHPPC-2-Defined als de negende versie van de ICD. De 'diagnostic-mode' is in principe toegesneden op de eerstelijnsgezondheidszorg. Ten opzichte van de ICD is de ICPC minder omvangrijk, minder gedetailleerd en meer gericht op de aandoeningen zoals deze in de huisartspraktijk worden gezien. Het voordeel ten opzichte van de ICHPPC-2-Defined is dat met behulp van de ICPC in één systeem verschillende aspecten in het verloop van de aandoening geclassificeerd worden (klacht, diagnose, interventie). Deze classificatie sluit derhalve goed aan op de werkwijze van huisartsen. Dat is belangrijk omdat 80% van de patiënten onder fysiotherapeutische behandeling door een huisarts zijn verwezen (Kerssens e.a., 1987). Daarnaast kunnen ook de 25 meest voorkomende verwijsindicaties van medisch-specialisten voor fysiotherapie, zoals deze staan vermeld in de rapporten van het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg (Kerssens e.a., 1987) zonder veel moeite in de ICPC worden geclassificeerd.

Fysiotherapeutische werkdiagnose

De derde vraagstelling van het BEEF-onderzoek heeft betrekking op de fysiotherapeutische werkdiagnose. De vraag wordt beantwoord met behulp van de resultaten uit het fysiotherapeutisch onderzoek (zie figuur 2). Onder de fysiotherapeutische werkdiagnose wordt namelijk verstaan het na gericht fysiotherapeutisch onderzoek aan de patiënt

omschrijven van de klachten van de patiënten in termen die van belang zijn en die als uitgangspunt dienen voor de fysiotherapeutische behandeling. Kenmerkend voor de werkdiagnose is dat fysiotherapeuten de klachten van de patiënt, in anatomisch en kinesologisch opzicht, uiterst gedifferentieerd beschrijven (o.a. Van Bergen e.a., 1985, Meyfroyt e.a., 1982). Verder zijn de werkdiagnoses verwoord in termen die behandelbare grootheden (aangrijpingspunten voor de fysiotherapie) aangeven (Bobbert e.a., 1984). Deze behandelbare grootheden zijn veelal gericht op het wegnemen van de gevolgen van aandoening en ziekte (Halbertsma, 1988).

De International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (WHO, 1981) is een classificatie die ontworpen is voor het terrein van de gevolgen van ziekten. De ICIDH biedt het begrippenapparaat dat nodig is om de gevolgen van ziekten te ordenen. Zij legt de gevolgen van ziekten en aandoeningen op drie niveaus vast: de stoornissen, waaronder wordt verstaan iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie, op het niveau van het orgaan; de beperkingen, iedere vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering, op het niveau van de persoon; de handicaps, een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of een beperking, welke de normale rolvulling van de betrokkene (gezien leeftijd, geslacht en sociaal-culturele achtergrond) begrenst of verhindert, op het niveau van de sociale omgeving (Werkgroep Classificatie en Coderingen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (WVC), 1981). De ICIDH biedt, in aanleg, mogelijkheden om de gevolgen van ziekten, zoals die van belang zijn voor de fysiotherapeutische behandeling, te classificeren (onder anderen Mischner e.a., 1988, Curfs e.a. (1987), WCC, 1987). De ICIDH zal meer toegesneden moeten worden op het gebruik in de fysiotherapie (onder anderen Van Gorkum, 1986, Curfs e.a., 1987, WCC, 1987). Met name de stoornissen zullen nader moeten worden uitgewerkt. In het BEEF-onderzoek zal deze classificatie desalniettemin als uitgangspunt dienen voor de verzameling van gegevens betreffende de fysiotherapeutische werkdiagnose. Daarbij staan de gevolgen van de aandoening of ziekte op het eerste (stoornissen) en tweede niveau (beperkingen) op de voorgrond. De fysiotherapeutische behandeling is in hoofdzaak gericht op deze gevolgen (Granger e.a., 1987 en KNGvF, 1986), meer dan op de therapeutische benadering van handicaps. Daarom zal het RFEF zich beperken tot het verzamelen van gevolgen van ziekten in termen van stoornissen en beperkingen.

De operationalisatie van de stoornissen en beperkingen naar fysiotherapeutische begrippen is tot stand gekomen na bestudering van wat in de literatuur verstaan wordt onder aspecten van de werkdiagnose. Daarin kunnen twee stromingen worden waargenomen. Enerzijds wil men zeer gedifferentieerd anatomisch en kinesologisch de (gevolgen van) aandoeningen omschrijven (onder anderen Van Bergen e.a., 1985, Telkamp e.a., 1986), anderzijds is een tendens waar te nemen naar een omschrijving van de werkdiagnose in termen van stoornissen die aangeven in welke richting de fysiotherapie aangewend kan worden om de gevolgen te bestrijden (onder anderen Bobbert e.a., 1984). In deze laatste zienswijze komen termen aan de orde die aanduiden wat het doel van de behandeling is; verminderde spierkracht (spierversterking), verminderde bewegingsuitslag (mobilisatie) etc. Ook de experimenten die tot dusverre zijn uitgevoerd met de toepassing van de ICDH op het gebied van de fysiotherapie sluiten aan bij een operationalisatie van stoornissen zoals hier vermeld (Terkamp e.a., 1986, SWSF, 1987).

Een combinatie van beide stromingen, dus zowel gedifferentieerd als een operationalisatie van stoornissen in verminderde bewegingsuitslag etc. leidt onherroepelijk tot een omschrijving van talloze specifieke situaties, die hun nut hebben bij registratie ten behoeve van overdracht van patiënten doch minder bij grootschalige, beschrijvende onderzoeken.

Derhalve is de verzameling van gegevens betreffende de werkdiagnose in het RFEG gebaseerd op minder gedifferentieerde aspecten van stoornissen en beperkingen (waaronder localisaties, ernst en omschrijvingen) (zie hiervoor ook pagina 5 in bijlage 1).

Stoornissen

Stoornissen worden, ongeveer overeenkomstig zoals in het Basis Registratie Formulier Fysiotherapie van de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (zie ook appendix 1), in het RFEG onderscheiden in zwellings-, verminderde bewegingsuitslag-, afwijkende tonus musculatuur-, krachtsvermindering-, ademhalingsproblematiek-, houdingsstoornissen, diverse stoornissen en overige stoornissen.

In principe worden slechts die stoornissen verzameld waarvan de handelende fysiotherapeuten veronderstellen dat ze verband houden met de door de patiënten gepresenteerde klachten. Is een fysiotherapeut van mening dat een bepaald aspect van de stoornissen niet relevant is voor de gepresenteerde klacht, dan wordt dit aspect ook niet in het fysiotherapeutisch onderzoek betrokken en vult de fysiotherapeut ook niets ten behoeve van dit aspect in.

Alleen de gegevens over stoornissen voortvloeiende uit het onderzoek van de fysiotherapeut worden geregistreerd. Indien een stoornis is geconstateerd, dan wordt de ernst van deze stoornis door de fysiotherapeut aangegeven. Is, naar de mening van de fysiotherapeut na onderzoek, de stoornis niet aanwezig, dan vult hij een 0 (nul) in. Een 1 staat voor een matige ernst van de stoornis, een 2 voor een ernstige vorm van de stoornis.

Bij het aspect **zwellings** wordt tevens aangeduid waar deze gelocaliseerd is. Bij de localisatie wordt gedacht aan lichaamsdelen (bovenbeen, rug, kniegewricht, etc.).

Bij constatering van een **verminderde bewegingsuitslag** wordt, naast de ernst, tevens aangegeven of deze bewegingsuitslag betrekking heeft op actieve dan wel passieve bewegingen. Ook wordt vermeld of pijn een rol speelt bij deze stoornis. Ten slotte noteert de fysiotherapeut in welk gewricht de verminderde bewegingsuitslag is waargenomen.

De **afwijkende tonus van de musculatuur** wordt onderscheiden in een hyper- en een hypotonus, waarbij de betreffende musculatuur tevens wordt vermeld. Omdat een afwijking van de tonus vaak samengaat met het voorkomen van pijn geeft de fysiotherapeut bij dit aspect aan of hij wel of geen pijn in de musculatuur constateert.

Ook bij de stoornis **krachtsvermindering** noteert de fysiotherapeut of er pijn aanwezig is en in welke musculatuur de krachtsvermindering is waargenomen.

Naast de ernst van de stoornis wordt bij **ademhalingsproblematiek, houdingsstoornissen, diverse stoornissen en overige stoornissen** een omschrijving gevraagd van de betreffende stoornissen. Enerzijds geeft deze omschrijving een meer gevarieerd beeld van de genoemde stoornissen, anderzijds geeft deze mogelijkheid tot omschrijven de kans niet genoemde, maar volgens de fysiotherapeuten belangrijke, stoornissen alsnog te vermelden.

Beperkingen

Het operationaliseren van beperkingen vindt plaats op basis van de beperkingen van activiteiten, zoals die staan vermeld in de ICIDH. Concreet zijn rubrieken van beperkingen uit de ICIDH gelicht die naar onze mening van toepassing zijn op de klachten die bij de fysiotherapeut 'ter tafel' komen. Daarbij is gebruik gemaakt van de resultaten uit het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg', daar waar deze betrekking hadden op beperkingen (Kerssens e.a., 1987). Vervolgens is, wederom op basis van de ICIDH, voor elk van deze rubrieken een aantal, naar onze mening, kenmerken-

de activiteiten gekozen. Zo wordt bijvoorbeeld de rubriek 'lichaams-beheersing' vertegenwoordigd door de activiteiten zitten, staan, knielen, bukken en evenwicht bewaren. Pagina 6 van bijlage 1 geeft een volledig overzicht van de rubrieken en bijbehorende activiteiten waarin de beperkingen zijn ingedeeld.

De fysiotherapeut kan bij de bepaling van beperkingen een keuze maken uit de genoemde activiteiten of desgewenst een andere activiteit zelf omschrijven.

Stoornissen worden genoteerd na vaststelling, na onderzoek, door de fysiotherapeut. Beperkingen worden meestal door de patiënt aangegeven, weliswaar nadat de fysiotherapeut naar de mogelijkheid van uitvoeren van de verschillende activiteiten heeft geïnformeerd.

De fysiotherapeut vraagt alleen naar activiteiten waarvan hij vermoedt dat ze verband (kunnen) houden met de door de patiënt gepresenteerde klachten. Desgewenst kan de fysiotherapeut de bewegingen van de patiënt controleren. Activiteiten die niet in het onderzoek van de fysiotherapeut worden betrokken, en waarnaar derhalve niet wordt gevraagd, worden ook niet gescoord.

Van de overige activiteiten of beperkingen wordt, overeenkomstig de procedure bij de stoornissen, de ernst gescoord door middel van de cijfers 0, 1 en 2. Indien de patiënt op de vraag van de fysiotherapeut naar een beperking van een activiteit antwoordt dat deze activiteit niet beperkt is, noteert de fysiotherapeut een 0 (nul). Is de activiteit wel beperkt dan noteert de fysiotherapeut een 1 bij een matige beperking of een 2 bij een ernstige beperking.

Fysiotherapeutische behandeling

De vierde vraag 'Welke behandeling wordt ingesteld' is gerelateerd aan twee onderdelen van het fysiotherapeutisch behandelingsproces. Naar aanleiding van het fysiotherapeutisch onderzoek wordt het **behandelplan** opgesteld en in de behandelsessies (zittingen) worden de **behandelingen** uitgevoerd.

Behandelplan

Het behandelplan omvat een aantal aspecten dat voor de fysiotherapeutische behandeling van belang is, zoals behandelvormen, behandel-doelen en behandelduur.

De aandacht is in dit stadium van onderzoek meer gericht op de beschrijving van basisgegevens dan op evaluatie van toegepaste behandelingen. Met andere woorden, in ons onderzoek ligt het accent meer op het beantwoorden van vragen als 'welke behandelvormen worden met welk doel toegepast' dan op vragen als 'is de gegeven behandeling

effectief voor de betreffende klacht'. In tegenstelling tot eerdergenoemde onderwerpen van het RFEG, zoals klachten en werkdiagnose, waarvan de gegevens grotendeels tijdens de eerste zitting worden verzameld, worden de aspecten van het behandelplan voor iedere zitting afzonderlijk geregistreerd.

Dat is nodig om enig zicht te krijgen op de (veranderende) verhoudingen tussen met name behandelvormen en behandeldoelen.

Het registreren van de gevraagde gegevens kost weinig tijd.

De volgende aspecten van het behandelplan komen in het RFEG aan de orde.

Zittingen

Een zitting is de kleinste eenheid (bouwsteen) van de fysiotherapeutische behandeling. Voor een zitting wordt een bepaalde hoeveelheid tijd gereserveerd waarbinnen een of meerdere behandelvormen (verrichtingen) plaatsvinden.

De fysiotherapeutische behandeling is opgebouwd uit een of meerdere zittingen. De behandeling wordt als beëindigd beschouwd als de handelend fysiotherapeut rapporteert dat voor de betreffende klacht geen zittingen meer worden gereserveerd. Komt een patiënt na enige tijd opnieuw ter behandeling voor dezelfde of andere klachten dan geldt dit weer als een nieuwe behandeling.

In principe sturen de deelnemende fysiotherapeuten na afloop van de behandeling de registratieformulieren naar het NIVEL terug. Voor informatie over patiënten met chronische klachten is van deze handelwijze afgeweken. Patiënten met chronische klachten zijn vaak gedurende langere tijd in behandeling. Te lang zouden dan de gegevens over deze groep ontbreken. Derhalve is bepaald dat, indien de behandeling van een patiënt na drie maanden niet is beëindigd, toch het RFEG wordt teruggezonden. De fysiotherapeut meldt dan dat de behandeling niet is beëindigd. Hij vervolgt de behandeling met het invullen van een geheel, nieuw RFEG.

Het noteren van de data van de zittingen legt het tijdsbestek van de behandeling en, in combinatie met het aantal zittingen, de frequentie ervan vast.

Behandelvormen en behandeldoelen

Onder behandelvormen worden alle therapietoepassingen (verrichtingen) verstaan die een fysiotherapeut tot zijn beschikking heeft. Zowel de behandelvormen die door ziekenfondsen worden vergoed als de toepassingen die niet of niet als zodanig worden gehonoreerd worden geregistreerd. Tot deze laatste groep behoren bandageren, adviseren,

instrueren en acupunctuur (hoewel deze laatste volgens de wet niet door fysiotherapeuten toegepast mag worden).

Per zitting kunnen maximaal vier behandelvormen worden genoteerd. Worden meer behandelvormen toegepast dan worden, in volgorde van belang, alleen de vier belangrijkste genoteerd.

Behandelvormen worden altijd met een bepaald doel toegepast. Het uiteindelijke doel van de fysiotherapeutische behandeling wordt vaak omschreven als: 'het zo optimaal mogelijk functioneren van de patiënt in de samenleving'. Teneinde dit integrale doel te bereiken richten fysiotherapeuten hun behandelvormen op doelstellingen die hiervan zijn afgeleid. Deze afgeleide doelstellingen zijn op hun beurt gericht op of afgeleid van behandelbare componenten, zoals die door de fysiotherapeuten na onderzoek van de patiënt zijn omschreven of vastgesteld.

In deze registratie trachten wij de behandelbare componenten te omschrijven in de vorm van stoornissen en beperkingen (zie ook fysiotherapeutische werkdiagnose, pagina 14).

In het behandelplan vragen wij de fysiotherapeuten aan te geven van welke behandelbare component het behandeldoel, waarop de behandelvorm is gericht, is afgeleid. Deze behandelbare component kan zowel een stoornis als een beperking zijn of beide. Per behandelvorm mag echter maximaal één stoornis en/of één beperking (beperkte activiteit) als behandeldoel worden omschreven: er wordt hier gevraagd naar het hoofddoel van de behandelvorm.

Indien één behandelvorm op meerdere stoornissen en/of beperkingen is gericht, wordt slechts die stoornis en/of beperking genoteerd die naar de mening van de behandelende fysiotherapeut als belangrijkste kan worden aangemerkt.

In totaal kan per zitting derhalve melding worden gemaakt van maximaal vier behandelvormen met daaraan gekoppeld maximaal vier stoornissen en vier beperkingen.

Dit alles moet ertoe leiden dat de vraag 'welke behandeling stelt de fysiotherapeut in' in relatie tot de klachten van de patiënt beantwoord kan worden.

Fysiotherapeut en plaats van behandeling

Bij elke zitting wordt geregistreerd welke fysiotherapeut de patiënt behandelt. Een eventuele waarneming van de behandeling van de patiënt door een andere fysiotherapeut wordt zodoende geregistreerd. Ook wordt geregistreerd op welke plaats elke zitting plaatsvindt, in de praktijk van de fysiotherapeut, ten huize van de patiënt, in een verzorgingstehuis, in een verpleegkliniek of ziekenhuis of elders.

Einde behandeling

De behandelende fysiotherapeut geeft aan of een behandeling is beëindigd. Is een behandeling beëindigd dan wordt de reden daarvan vermeld.

Onafhankelijk van het werkelijke verloop, kan de fysiotherapeut aangeven of naar zijn mening een vervolg van de behandeling gewenst is.

5. PRESENTATIE BASISGEGEVENS

In hoofdstuk 4 van dit werkverslag is aangegeven op welke wijze de gegevens van patiënten worden verzameld teneinde de vraagstellingen van het BEEF-onderzoeksproject te kunnen beantwoorden. In dit hoofdstuk wordt omschreven hoe de verzamelde gegevens worden gerangschikt en gepresenteerd. De presentatie van de gegevens vindt plaats in de vorm van overzichten, tabellen en grafieken. Daarnaast zal aandacht worden besteed aan een thematische benadering van de gegevens.

Evenals bij de beschrijving van de gegevens die worden geregistreerd vormt de vraagstelling van het BEEF-deelonderzoek 'epidemiologische basisgegevens' het uitgangspunt voor de hierna volgende beschrijving van de overzichten, tabellen en grafieken.

Hier dient opgemerkt te worden dat een beschrijving gegeven wordt van de voorgenomen presentatie van de gegevens. Afhankelijk van de feitelijke gegevens en nadere overwegingen kunnen hierin nog enkele wijzigingen aangebracht worden.

Patiëntkenmerken

Zoals in hoofdstuk 4 is beschreven, wordt de vraag 'welke patiënten worden verwezen' beantwoord aan de hand van de persoonskenmerken van de patiënt.

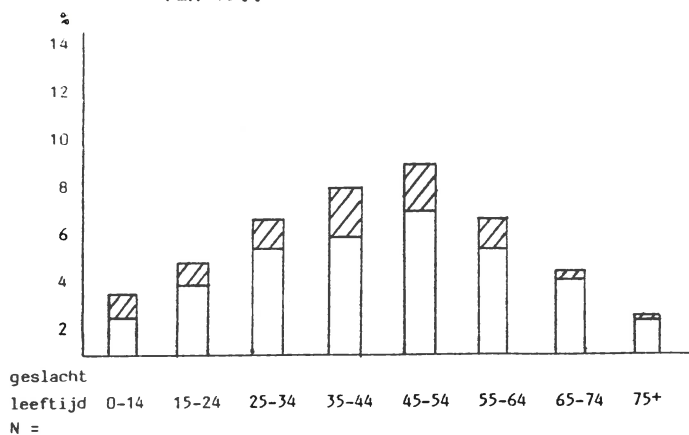
De persoonskenmerken **geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm** worden te zamen zowel in een tabel als in een grafiek gepresenteerd (tabel 1 en grafiek 1 op volgende pagina). Alle verzamelde gegevens, zoals persoonskenmerken van patiënten, hebben, tenzij anders vermeld, betrekking op de situatie bij aanvang van hun behandeling. Het is daardoor mogelijk deze persoonskenmerken voor een bepaalde tijdsperiode (bijvoorbeeld het derde kwartaal van het jaar 1989) weer te geven. Dit is onder andere van belang bij het vaststellen van seizoensinvloeden op het verwijspatroon naar fysiotherapie. Standaard worden tabel 1 en grafiek 1 voor tijdsperiodes van een kwartaal en een jaar weergegeven.

In zowel de tabel als de grafiek wordt de leeftijd ingedeeld in categorieën, ongeveer overeenkomstig de indeling die in het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg' werd gehanteerd (Kerssens e.a., 1987). Afwijkend daarvan is de indeling van patiënten ouder dan 65 jaar. In het BEEF-registratieproject wordt deze ook voor het overheidsbeleid belangrijke leeftijdsgroep van patiënten in twee categorieën ingedeeld: van 65 tot en met 74 jaar

Tabel 1: Geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm van geregistreeerde patiënten, bij aanvang van hun fysiotherapeutische behandeling, in procenten, eerste kwartaal van 19..

Leeftijdscategorieën	man		vrouw	
	% ziekenfonds	% particulier	% ziekenfonds	% particulier
0 t/m 14 jaar				
15 t/m 24 jaar				
25 t/m 34 jaar				
35 t/m 44 jaar				
45 t/m 54 jaar				
55 t/m 64 jaar				
65 t/m 74 jaar				
75 jaar en ouder				
Totaal	100%			
N =				

Grafiek 1: Staafdiagram van geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm van geregistreeerde patiënten, bij aanvang van hun fysiotherapeutische behandeling, in procenten, eerste kwartaal van 19..



Legenda bij grafiek 1

□ = ziekenfonds verzekerd

▨ = particulier verzekerd

en ouder dan 74 jaar. Het geslacht van de patiënten wordt, uiteraard, ingedeeld in mannelijk en vrouwelijk en de verzekeringsvorm in ziekenfonds of particulier verzekerd.

Aan tabel 1 (en grafiek 1) liggen afzonderlijke tellingen van achtereenvolgens de persoonskenmerken geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm ten grondslag. Overzichten hiervan worden in tabelvorm (in procenten en aantallen) weergegeven, waarbij de variabelen 'geslacht' en 'leeftijd' ingedeeld worden in categorieën zoals weergegeven in tabel 1 en 'verzekeringsvorm' in ziekenfonds, particulier en niet verzekerd.

Ook van de rubrieken '**woonvorm**', '**woonsituatie**' en '**opleiding**' worden overzichten, op basis van rechte tellingen, in tabelvorm weergegeven.

De woonvorm wordt daarbij onderscheiden in thuiswonend, thuiswonend met speciale voorzieningen, verzorgingstehuis, verpleegkliniek en een specificatie van andere woonvormen.

De woonsituatie is onderverdeeld in alleenstaand en samenwonend.

'Samenwonend' wordt hierbij nader gespecificeerd in samenwonend met ouder(s), kind(eren), partner/echtgenoot en/of ander(en).

Van elke patiënt wordt alleen de hoogste opleiding vastgelegd. Het overzicht onderscheidt deze variabele in geen opleiding, lager onderwijs, lagere beroepsopleiding, MAVO, HAVO, VWO, middelbare beroepsopleiding, hogere beroepsopleiding en universiteit.

Aan het **beroep** van de patiënt wordt een aantal verschillende aspecten onderscheiden. Zo worden overzichten gegeven van het aantal patiënten dat een belangrijke taak in de huishouding heeft, van het percentage patiënten dat zijn beroep in loondienst dan wel als zelfstandige uitvoert en van de reden of oorzaak dat iemand niet meer werkt. Dit laatste aspect van het beroep van de patiënt wordt onderscheiden naar AOW/VUT/Pensioen, werkloos, arbeidsongeschikt (AWW/WAO), tijdelijk ziek, scholing/studie en een specificatie van andere oorzaken. Het beroep van de patiënt (of het laatst uitgeoefende beroep) wordt gepresenteerd in de vorm van een tabel waarin het beroep in elf categorieën is onderverdeeld (zie tabel 2) (naar Ganzeboom e.a., 1986).

Tabel 2: Indeling van geregistreeerde patiënten in elf beroeps-
 categorieën, in aantallen en procenten over het jaar 19..

Beroeps categorieën	aantal	%
1. Grote zelfstandigen en hogere leidinggevenden		
2. Lagere leidinggevenden en geschoolde hoofdarbeid		
3. Routine hoofdarbeid		
4. Kleine zelfstandigen met personeel		
5. Kleine zelfstandigen zonder personeel		
6. Zelfstandige boeren		
7. Supervisoren handarbeid, hooggeschoolde handarbeid		
8. Geschoolde handarbeid		
9. Halfgeschoolde en ongeschoolde handarbeid		
10. (Ongeschoolde) handarbeid		
11. Onbekend		
Totaal		100
N =		

Deze indeling in elf beroeps categorieën vindt plaats door herrang-
 schikking van beroepen die geclassificeerd zijn in de Beroepenclas-
 sificatie van het CBS en geschiedt op basis van een tweedeling van
 mensen in degenen die bezit en macht hebben en anderen (Ganzeboom
 e.a., 1985).

Behalve een weergave van het beroep van patiënten, zoals in tabel 2
 omschreven, en die van belang is indien sociaal-economische aspecten
 in de analyse van de verzamelde gegevens worden betrokken, wordt
 tevens een overzicht gegeven van de hoofdgroepen (eerste twee
 cijfers) van beroepen, zoals die in de Beroepenclassificatie van het
 CBS worden vermeld. Deze indeling is van belang bij onderzoek naar
 beroepsgerichte klachten en aandoeningen.

Conclusie:

Het antwoord op de vraag 'welke patiënten worden voor fysiotherapie
 verwezen' kan vanuit verschillende gezichtspunten worden beschre-
 ven. Patiënten worden daarbij ingedeeld naar leeftijd, geslacht en
 verzekeringsvorm, naar woonvorm en woonsituatie en naar opleiding en
 beroep. Presentatie van onderzoeksresultaten geeft antwoord op
 vragen als 'worden meer vrouwen dan mannen voor fysiotherapie ver-

wezen?', 'hoe is de leeftijdsverdeling van patiënten die voor fysiotherapie verwezen worden?', 'wat is de verhouding tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten bij de fysiotherapeut?', worden hoger opgeleiden meer verwezen voor fysiotherapie dan anderen?' en 'welke beroepen treft men relatief veel aan bij patiënten onder fysiotherapeutische behandeling?'. Daarnaast zijn deze aspecten van belang als uitgangspunt voor de analyse van fysiotherapeutische onderzoeks- en behandelingsgegevens, bijvoorbeeld 'komt de fysiotherapeutische behandeling van patiënten met de aandoening coxartrosis deformans relatief vaker bij oudere vrouwen voor?' of 'worden particulier verzekerde mensen anders behandeld dan patiënten die bij een ziekenfonds zijn verzekerd?'.

Klachten en verwijsindicaties

Klachten en verwijsindicaties vormen de essentie van de tweede vraag ('welke klachten heeft de patiënt?') uit dit deelonderzoek van het BEEF-project.

De klachten van de patiënt zijn geassocieerd in de ICPC (RFE-model). De classificatie vindt plaats door aan alle afzonderlijke klachten een eigen ICPC-codenummer te verstrekken. Presentatie van de klachten geschiedt door publicering van een lijst van al deze afzonderlijke klachten. Hiervan afgeleid zijn overzichten van de klachten naar hoofdgroepen (hoofdcodes - een letter gevolgd door twee cijfers) en hoofdstukken van de ICPC (bijvoorbeeld bewegingsstelsel, huid en ademhalingsstelsel). Daarnaast worden de klachten, ingedeeld naar localisatie, weergegeven in een tabel, bestaande uit 14 categorieën (zie tabel 3).

Tabel 3: Indeling van klachten van patiënten naar localisatie, in aantallen en procenten

Klachten	aantal	%
1. Hoofd		
2. Nek		
3. Rug, NEG		
4. Lage rug		
5. Schouderstreek		
6. Elleboog		
7. Pols, hand, vingers		
8. Armen, NEG		
9. Heupstreek		
10. Knie		
11. Enkel, voet, tenen		
12. Benen, NEG		
13. Overige		
14. Onbekend		
Totaal		100
N =		

De bovengenoemde overzichten worden verstrekt voor zowel alle geregistreerde klachten (maximaal vier per patiënt) als voor alleen de klachten die door de patiënten als eerste (belangrijkste) zijn genoemd.

Patiënten geven als klacht vaak pijn aan. Een aantal aspecten omtrent het optreden van pijn is geregistreerd en wordt in een tabel als volgt weergegeven (zie tabel 4).

Tabel 4: Optreden van pijn, ingedeeld naar optreden tijdens rust/be-
weging en tijdsduur van optreden, in percentages

Activiteit	Optreden van pijn (%)	
	wisselend	altijd aanwezig
Rust		
Bij beweging		
Bij overgang rust-beweging		
Totaal		
N =		

De verwijzend artsen kunnen voor elke patiënt meer dan een **verwijsindicatie** verstrekken. Evenals bij de klachten worden per patiënt maximaal vier verwijsindicaties geclassificeerd.

De verwijsindicaties zijn geclassificeerd in de ICPC (diagnostic-mode). Overzichten van de verwijsindicaties hebben betrekking op alle verwijsindicaties (maximaal vier per patiënt) of op de eerstgenoemde verwijsindicatie per patiënt. Zij geven de verwijsindicaties integraal weer (alle afzonderlijke codes waarin verwijsindicaties zijn ingedeeld worden opgesomd) of zij presenteren de verwijsindicaties groepsgewijs (in hoofdstukken of hoofdcodes van de ICPC). In het onderzoek Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg (Kerssens e.a., 1987) is tweemaal een top-25 samengesteld van verwijsindicaties; een top-25 voor patiënten, verwezen door huisartsen en een tweede voor patiënten afkomstig van medisch-specialisten. Ongeveer vergelijkbaar hiemee wordt in dit onderzoek, voor zowel huisartsen als medisch-specialisten, een top-20 gepresenteerd van de door deze verwijzers eerstgenoemde verwijsindicatie. De tabellen 5 en 6 geven de categorieën van deze verwijsindicaties aan; de volgorde van de categorieën is, uiteraard, in deze opzet slechts nominaal.

Tabel 5.: Top-20 van eerstgenoemde verwijsindicaties van patiënten die door huisartsen voor fysiotherapie zijn verwezen, in aantallen en procenten

Verwijsindicaties	aantal	%
1. Lage rugklachten zonder uitstraling		
2. Myogene en overige aandoeningen rug, NEG		
3. Aandoeningen schouderstreek, exclusief traumata/postoperatief		
4. Syndromen en symptomen samenhangend met cervicale wervelkolom, exclusief 7		
5. Discusdegeneratie met uitstraling, exclusief 4		
6. Epicondylitis		
7. Spondylose		
8. Gonartrosis deformans		
9. Coxartrosis deformans		
10. Misvormingen/verkrummingen wervelkolom		
11. Aandoeningen ademhalingswegen		
12. Distorsie enkelgewricht		
13. Derangement interne van de knie		
14. Hoofdpijn		
15. Hyperventilatie		
16. Status na traumata, exclusief fracturen		
17. Reumatoïde artritis, inclusief M.Bechterew		
18. Aandoeningen heup/bekkenstreek, exclusief traumata/postoperatief		
19. Aandoeningen van de knie, exclusief 13/traumata/postoperatief		
20. Aandoeningen van de enkel, exclusief 12/traumata/postoperatief		
Totaal		
N =		

Tabel 6.: Top-20 van eerstgenoemde verwijsindicaties van patiënten, die door medisch-specialisten voor fysiotherapie zijn verwezen, in aantallen en procenten

Verwijsindicatie	aantal	%
1. Fracturen bovenste extremiteiten		
2. Postoperatieve status kniegewricht		
3. Discusdegeneratie met uitstraling, exclusief 4		
4. Syndromen en symptomen samenhangende met cervicale wervelkolom, exclusief 5		
5. Spondylose		
6. Fracturen onderste extremiteiten		
7. Lage rugklachten, zonder uitstraling		
8. Gonartrosis deformans		
9. Dérangement interne kniegewricht		
10. Aandoeningen schouderstreek, exclusief traumata/postoperatief		
11. Aandoeningen ademhalingswegen		
12. Postoperatieve status lumbale/sacrale wervelkolom		
13. Prothese heup		
14. Distorsie kniegewricht		
15. Misvormingen/verkrummingen wervelkolom		
16. Myogene en overige aandoeningen rug, NEG		
17. Reumatoïde artritis, inclusief M.Bechterew		
18. Postoperatieve status enkelgewricht/voet		
19. Distorsie enkelgewricht		
20. Coxartrosis deformans		
Totaal		
N =		

Behoudens de door de patiënt vermelde klachten en de verwijsindicaties zijn ook andere aspecten aangaande de klachten geregistreerd, zoals de oorzaak en tijd van ontstaan en welke hulp in de voorafgaande periode is of momenteel nog wordt verleend. Daarnaast komen psycho-sociale en somatische aspecten van de klacht aan de orde, evenals omstandigheden die van invloed zijn op het behandelresultaat.

Van deze twee laatste aspecten worden de gegevens overigens niet bij aanvang van de behandeling geregistreerd omdat de fysiotherapeut op dat moment daarop onvoldoende zicht op heeft. Tenslotte is vastgesteld door wie de patiënt voor fysiotherapie is verwezen. Overzichten, in tabelvorm, worden gepresenteerd van de omstandigheid of patiënten eerder, voor dezelfde of andere klachten zijn behandeld en van de medische interventies die in het afgelopen half jaar hebben plaatsgevonden.

De medische interventies zijn geassocieerd in de ICPC (procesmode). De indeling van de medische interventies geschiedt in hoofdgroepen (een letter gevolgd door twee cijfers) van de ICPC.

De door de registrerende fysiotherapeuten aangegeven **oorzaken van de klachten** van de patiënt worden onderscheiden in 11 categorieën (tabel 7). Deze indeling is ongeveer conform de indeling die in het onderzoek 'fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' (FING, 1987) werd gehanteerd. Afwijkend is de onderverdeling van traumata in sport en training en overige traumata.

Tabel 7: Waarschijnlijke oorzaken van klachten van patiënten onder fysiotherapeutische behandeling, in aantallen en procenten

Oorzaken	aantal	%
1. Aangeboren afwijkingen		
2. Traumata		
3. Sporten en trainen		
4. Aandoeningen/Ziekten		
5. Overbelasting, surmenage		
6. Infecties		
7. Houdingsafwijkingen		
8. Postoperatieve aandoeningen, status en operatie		
9. Psychische stoornissen		
10. Overige		
11. Onbekende oorzaken		
Totaal		
N =		

Zowel de **duur van de aandoening/ziekte als van de huidige klachten** wordt gepresenteerd in een tabel met acht categorieën (zie tabel 8). Ook deze indeling is overgenomen uit het hierboven genoemde FING-onderzoek (1987).

De tijdsduur tussen verwijzing en in behandeling nemen van de patiënt wordt beschreven in een tabel met vijf categorieën. Deze zijn: dezelfde dag, één dag tot en met één week, meer dan één week tot en met vier weken, langer dan vier weken en onbekend.

Tabel 8.: Duur van de aandoening/ziekte bij aanvang fysiotherapeutische behandeling; aantallen en procenten

Tijdsduur	aantal	%
0 tot en met 2 dagen		
3 tot en met 7 dagen		
langer dan 1 week tot en met 3 weken		
langer dan 3 weken tot en met 6 weken		
langer dan 6 weken tot en met 3 maanden		
langer dan 3 maanden tot en met 1 jaar		
langer dan 1 jaar		
onbekend		
Totaal		
N =		

Andere dan fysiotherapeutische hulpverlening aan de patiënt gedurende het afgelopen half jaar voor de klachten waarvoor hij fysiotherapeutisch wordt behandeld, wordt in een tabel gepresenteerd waarin een onderscheid is gemaakt tussen de diverse hulpverleners (zie tabel 9).

Tabel 9: Andere dan fysiotherapeutische hulpverlening aan de patiënt gedurende het afgelopen half jaar, voor de huidige klachten; aantallen en procenten

Hulpverlening	aantal	%
Huishoudelijke hulp		
Gezinshulp		
Wijkverpleging/zorg		
Maatschappelijk Werk		
Alternatieve geneeskunde		
Huisarts		
Medisch-specialist		
Andere(n)		
Totaal		
N =		

Voor elke vorm van hulpverlening wordt een uitsplitsing gemaakt naar zowel frequentie van hulpverlening als begindatum ervan. De frequentie wordt in zes categorieën verdeeld; dagelijks (of meermaals daags), drie tot en met zes keer per week, vier tot en met 11 keer per maand, één tot en met drie keer per maand, één tot 11 keer per jaar en onbekend. De duur van de hulpverlening bij aanvang van de fysiotherapeutische behandeling kent vijf categorieën: korter dan één week, korter dan één maand maar langer dan één week, langer dan één maand maar korter dan drie maanden, langer dan drie maanden en onbekend.

De rol die, naar het oordeel van de fysiotherapeut, **somatische en psycho-sociale aspecten** bij de huidige klachten van de patiënt spelen, wordt weergegeven in een tabel die onderverdeeld is in zes rubrieken.

Tabel 10: De rol die, naar het oordeel van de fysiotherapeut, somatische en psycho-sociale aspecten spelen bij de klachten van de patiënt; in aantallen en procenten

Aspecten	aantal	%
Puur somatische klacht		
Somatische klacht die psycho-sociale problemen met zich meebrengt		
Somatische klacht waarachter fysiotherapeut psycho-sociale problemen vermoedt		
Psycho-sociale klachten waarachter fysiotherapeut somatische problemen vermoedt		
Psycho-sociale klacht die somatische problemen met zich meebrengt		
Puur psycho-sociale klacht		
Totaal		
N =		

De omstandigheden die van invloed zijn op het behandelresultaat, zoals bijvoorbeeld motivatie van de patiënt en zwangerschap, worden eveneens (integraal) in een tabel weergegeven.

De verwijzers voor fysiotherapie worden in een tabel gepresenteerd die is opgebouwd uit de categorieën huisarts, medisch-specialist, andere verwijzer en geen verwijzer. Zowel de medisch-specialisten als de andere verwijzers kunnen verder worden onderverdeeld. De medisch-specialisten worden ingedeeld in 22 medisch-specialismen, de andere verwijzers worden allen omschreven.

De onderscheiden medisch-specialismen zijn:

1. Interne geneeskunde
2. Cardiologie
3. Longziekten/pulmonologie
4. Reumatologie
5. Gastro-enterologie
6. Chirurgie
7. Urologie
8. Orthopedie/Orthopedische chirurgie
9. Neurochirurgie

10. Plastische chirurgie
11. Mondheelkunde
12. Cardiopulmonale chirurgie
13. Gynaecologie/obstetrie
14. Kindergeneeskunde
15. Zenuw- en zielsziekten
16. Psychiatrie
17. Neurologie
18. Keel, neus- en oorkunde
19. Dermatologie
20. Oogheelkunde
21. Revalidatie-geneeskunde
22. Anders

Conclusie:

Het antwoord op de vraag 'welke klachten heeft de patiënt' wordt vanuit verschillende aspecten beschreven. Allereerst wordt een opsomming gegeven van klachten die patiënten zelf uiten, waarbij de klacht pijn nader wordt omschreven in termen van wijzen van optreden. Vervolgens worden verwijsindicaties vastgesteld door de verwijzend artsen, gepresenteerd in diverse vormen. Daarbij wordt onder meer onderscheid gemaakt tussen huisartsen en medisch-specialisten als verwijzers. Ten slotte kan een aantal aspecten die betrekking hebben op de klachten van de patiënt afzonderlijk worden belicht: komen de andere dan fysiotherapeutische hulpverlening, de waarschijnlijke oorzaken van de klachten, de duur van de aandoening en de huidige klachten en de tijdsduur tussen verwijzing en in behandeling nemen van de patiënt, evenals psycho-sociale en somatische aspecten van de klacht, alsmede de omstandigheden die van invloed zijn op het behandelresultaat.

Evenals de patiëntkenmerken zijn de registratiegegevens met betrekking tot de klachten van de patiënt van belang, eventueel in combinatie met andere registratiegegevens, als uitgangspunt voor de analyse van fysiotherapeutische onderzoeks- en behandelgegevens (zie ook patiëntkenmerken, pagina 25).

Fysiotherapeutische werkdiagnose

De derde vraagstelling van dit onderzoek luidt: 'Welke werkdiagnose stellen fysiotherapeuten?'. Ter beantwoording van deze vraag zijn gegevens over de bevindingen van het fysiotherapeutisch onderzoek geregistreerd. Deze hebben betrekking op **stoornissen en/of beperkingen** (zie hoofdstuk 4). Bekeken wordt of en hoe vaak de afzonderlijke

stoornissen en beperkingen voorkomen. De stoornissen hebben betrekking op zwelling, verminderde bewegingsuitslag, afwijkende tonus musculatuur, krachtsvermindering, ademhalingsproblematiek, houdingsstoornissen en een omschrijving van overige stoornissen. Beperkingen worden onderverdeeld in zelfverzorging, lichaamsbeheersing, verplaatsing, huishoudelijke en overige activiteiten, sport/hobby en een omschrijving van andere activiteiten.

Naast deze presentatie van rechte tellingen van stoornissen en beperkingen worden van de afzonderlijke stoornissen- en beperkingenrubrieken nog andere aspecten weergegeven. Bij de beperkingen komt de ernst ervan ter sprake, bij de stoornissen daarnaast nog andere aspecten. Deze verschillen per rubriek. Zo kunnen zij betrekking hebben op de localisatie van de stoornissen of de pijn die bij de stoornis optreedt.

De stoornis 'zwelling' die maximaal twee keer per patiënt kan worden geregistreerd, wordt ingedeeld naar ernst (matig, ernstig) en naar localisatie. Deze laatste wordt hierbij onderscheiden in:

1. Overige
2. Hoofd
3. Nek, nekschouder
4. Bekken en billen
5. Rug
6. Hals
7. Oksel
8. Thorax, mammae, ribben
9. Buik
10. Liesstreek
11. Flank
12. Schouderstreek/gewrichten
13. Elleboog, -gewrichten
14. Pols, -gewrichten
15. Hand, -gewrichten
16. Arm, overig
17. Heup, -gewricht
18. Knie, -gewricht
19. Enkel, -gewricht
20. Voet, -gewricht
21. Been, overig

De stoornis 'verminderde bewegingsuitslag' is gesplitst in actief en passief. Daarnaast wordt de ernst aangegeven (matig, ernstig) en het voorkomen van pijn (ja of neen). Tenslotte wordt de localisatie (gewricht) aangeduid. Voor zowel de actieve als passieve verminderde

bewegingsbeperking kunnen maximaal drie gewrichten per patiënt worden geregistreerd. In de tabel worden alle gewrichten verwerkt. De volgende gewrichten worden onderscheiden:

1. Cervicale wervelkolom, hoofd
2. Thoracale wervelkolom
3. Lumbale wervelkolom
4. Sacrale, sacro-iliacale wervelkolom
5. Multiple gewrichten wervelkolom
6. Overige wervelkolomgewrichten
7. Schoudergewrichten
8. Ellebooggewrichten
9. Polsgewrichten
10. Handgewrichten
11. Meerdere armgewrichten
12. Heupgewricht
13. Kniegewrichten
14. Enkelgewrichten
15. Voetgewrichten
16. Meerdere beengewrichten
17. Overige, meerdere, alle gewrichten

De stoornis 'afwijkende tonus musculatuur' wordt gesplitst in hyper- en hypotonus. Evenals bij de vorige stoornis wordt de ernst en de begeleidende pijn geregistreerd. De localisatie wordt bij deze stoornis gevormd door de musculatuur waarin de stoornis voorkomt. Per patiënt kunnen maximaal drie verschillende spiergroepen worden geregistreerd. Alle spiergroepen worden in de tabel verwerkt. Daarin wordt het volgende onderscheid gemaakt:

1. Hoofd/gezichtsmusculatuur
2. Nek/nek-schoudermusculatuur
3. Halsmusculatuur
4. Rugmusculatuur
5. Buikmusculatuur
6. Thorax- en costaemusculatuur
7. Bekkenbodermusculatuur
8. Schoudergordelmusculatuur
9. Bovenarmmusculatuur
10. Onderarmmusculatuur
11. Handmusculatuur
12. Heupmusculatuur
13. Bovenbeenmusculatuur

14. Onderbeenmusculatuur

15. Voetmusculatuur

16. Overige musculatuur

'**Krachtsvermindering**' als stoornis wordt onderscheiden naar localisatie (musculatuur). De indeling daarvan is gelijk aan de localisatie-indeling bij de stoornis 'afwijkende tonus musculatuur'. Datzelfde geldt voor de ernst en het voorkomen van pijn. Bij deze stoornis kunnen maximaal vier spiergroepen per patiënt worden geregistreerd, die wederom alle worden verwerkt in de tabel.

De stoornis '**ademhalingsproblematiek**' wordt onderscheiden in drie categorieën: sputumretentie, benauwdheid en overige. De categorie overige kan nader worden beschreven aan de hand van wat de fysiotherapeuten hieronder hebben geregistreerd. Bij alle categorieën wordt vermeld of de stoornis matig of ernstig is.

De tabel van de stoornis '**houdingsstoornissen**' toont vier categorieën: kyfose, lordose, scoliose en overige houdingsstoornissen. De laatstgenoemde categorie kan verder worden verdeeld in subcategorieën, zoals geregistreerd door de fysiotherapeuten. Alle categorieën worden onderscheiden in de mate van ernst (matig, ernstig).

De rubriek '**diverse stoornissen**' kent zes categorieën: hartfunctiestoornissen, doorbloedingsstoornissen, sensibele stoornissen, stoornissen in de proprioceptie, zenuwrekin en zenuwcompressiepijn. Van alle categorieën worden, behalve de rechte tellingen, ook de omschrijvingen en de ernst gepresenteerd.

Tenslotte volgt de presentatie van **overige stoornissen**. Ook hiervan wordt naast de omschrijving de ernst weergegeven.

Conform de indeling in het BEEF-registratieformulier (RFEG) (zie bijlage 1) worden tabellen van de rubrieken van beperkingen gepresenteerd. De rubriek **zelfverzorging** wordt onderscheiden in de categorieën wassen, kleden, toiletgebruik en eten. De beperkte activiteit '**lichaamsbeheersing**' is onderverdeeld in zitten, staan, knielen, bukken en evenwicht bewaren. **Verplaatsing** heeft betrekking op in en uit bed, lopen, traplopen, fietsen en auto besturen, terwijl beperkingen in de **huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten** betrekking hebben op boodschappen doen, verzorgen maaltijd, bedden verschonen, schoonmaken, verzorgen huisgenoten, gebruik telefoon, langere tijd zitten, langere tijd staan, tillen, handhaven normaal tempo beroep en stress-bestendigheid. De rubriek sport/hobby wordt gevormd door sport, hobby en anders.

Van alle rubrieken wordt, naast aantal en percentages, de ernst van de beperking (matig, ernstig) vermeld. De rubriek 'andere activiteiten' wordt verder, afhankelijk van de registratie hiervan, nader omschreven.

Conclusie:

Het antwoord op de vraag 'welke werkdiagnose stellen fysiotherapeuten?' wordt gestalte gegeven door de presentatie van stoornissen en beperkingen (en hun aspecten) zoals deze naar aanleiding van het fysiotherapeutisch onderzoek aan de patiënt door de fysiotherapeuten zijn geregistreerd.

Fysiotherapeutische behandeling

Voor het antwoord op de vierde vraagstelling 'welke behandeling stelt de fysiotherapeut in?' is een aantal registratiegegevens beschikbaar. Deze gegevens zijn door de fysiotherapeuten per zitting geregistreerd en hebben betrekking op behandelvormen, behandel-doelen, behandelplaats, uitvoerende fysiotherapeut en datum van behandeling. Daarnaast is informatie verzameld over de 'aan-huis'-behandeling en over de beëindiging en (mogelijk) vervolg van de behandeling (zie ook fysiotherapeutische behandeling pagina 8 van bijlage 1). Deze registratie geeft aanleiding tot de presentatie van de volgende tabellen van het aantal zittingen per behandeling, de (gemiddelde) frequentie van de zittingen per tijdsperiode en de totale tijdsduur van een behandeling. Het **aantal zittingen** per behandelingen wordt onderscheiden in negen categorieën:

1. 1 tot en met 5
2. 6
3. 7 tot en met 11
4. 12
5. 13 tot en met 17
6. 18
7. 19 tot en met 23
8. 24
9. meer dan 24

De **frequentie van de zittingen** per behandeling kent vijf categorieën:

1. dagelijks
2. 3 tot en met 6 maal per week
3. 4 tot en met 1 maal per maand
4. 1 tot en met 3 maal per maand
5. 1 tot en met 11 maal per jaar

De **totale tijdsduur van de behandeling** is ingedeeld in zes categorieën:

1. tot en met 1 week
2. langer dan 1 week tot en met 3 weken
3. langer dan 3 weken tot en met 6 weken

4. langer dan 6 weken tot en met 3 maanden
5. langer dan 3 maanden tot en met 1 jaar
6. langer dan 1 jaar

De **behandelvormen** worden ingedeeld in categorieën, zoals vermeld in de handleiding bij het RFEG (zie bijlage 2, behandelvormen en codes). Rechte tellingen van de behandelvormen geven aan hoe vaak de afzonderlijke behandelvormen voorkomen. De noemer is dan de zitting (alle zittingen) of de behandeling (alle behandelingen).

De categorieën waarin de **behandeldoelen** (verdeeld in stoornissen en beperkingen) zijn onderscheiden, worden getoond in bijlage 3 (behandeldoelen op stoornisniveau en beperkingniveau met bijbehorende codes). Rechte tellingen van de behandeldoelen op stoornis- en beperkingniveau worden gepresenteerd in een drietal verschillende tabellen: In een eerste tabel worden de behandeldoelen afgezet tegen de zittingen en in een tweede tabel tegen de behandelingen. De derde tabel geeft de relatie tussen behandelvormen en behandeldoelen. Daarnaast kan in een kruistabel de relatie tussen behandeldoelen op stoornis- en beperkingniveau worden weergegeven. Welke combinaties van behandeldoelen op deze niveaus worden waargenomen in het algemeen en welke combinaties bij de verschillende behandelvormen in het bijzonder?

Voor elke zitting wordt de plaats van behandeling geregistreerd. In een tabel wordt, in percentages, aangegeven waar de behandeling van de patiënt plaatsvindt. De volgende categorieën worden onderscheiden: in de praktijkruimte van de fysiotherapeut, ten huize van de patiënt, in een verzorgingstehuis, in een verpleegkliniek, in een ziekenhuis of elders. Indien de patiënt niet in de praktijkruimte van de fysiotherapeut wordt behandeld, registreert de behandelend fysiotherapeut de reden daarvan. De rechte tellingen van deze redenen worden in een tabel met de volgende categorieën weergegeven:

1. patiënt kan niet tot praktijk fysiotherapeut lopen
2. Verblijft in een verzorgingstehuis
3. Verblijft in een verpleegtehuis, ziekenhuis
4. Aandoeningen/ziekten verhinderen dat de patiënt het huis uit gaat, exclusief 1
5. De thuissituatie vormt onderdeel van het behandelplan
6. Op verzoek van verwijzer
7. Op verzoek van patiënt of patiënt heeft geen vervoer
8. Overige

Ten slotte wordt de reden voor beëindiging van de behandeling in vijf categorieën weergegeven. Deze categorieën zijn: gunstig resultaat bereikt, (te) gering resultaat bereikt, gestaakt door patiënt, gestaakt door verwijzer, andere reden(en). Voor elke categorie is aangegeven of naar de mening van de fysiotherapeut, ondanks beëindiging van de behandeling, voortzetting daarvan gewenst was.

Conclusie: Het antwoord op de vraag 'welke behandeling stelt de fysiotherapeut in?' wordt niet alleen gegeven in de vorm van een opsomming van het aantal zittingen per behandeling, de frequentie van de zittingen in een bepaalde tijdsperiode en de totale tijdsduur van een behandeling, maar heeft ook betrekking op behandelvormen en behandeldoelen die in de behandeling worden toegepast respectievelijk worden nagestreefd. Daarnaast komt de relatie tussen behandeldoelen en zittingen en die tussen behandelvormen en behandeldoelen aan de orde. Tevens wordt aangegeven waar de patiënt wordt behandeld en als dat niet in de praktijk van de fysiotherapeut is, wordt de reden daarvan genoemd. Tenslotte vindt een opsomming plaats van de redenen waarom de behandeling is beëindigd en of de fysiotherapeut dat ook wenselijk achtte.

Alle bovenstaande tabellen waren direct gelieerd aan een van de vier vraagstellingen uit het BEEF-onderzoeksproject. Met de beschikbare gegevens kunnen echter ook andere vraagstellingen beantwoord worden. Zo ligt het, het gegevensmateriaal in aanmerking genomen, bijvoorbeeld voor de hand te vragen naar de relatie tussen (gevolgen van) aandoeningen en behandelingen. De vraagstelling die hierbij hoort, luidt: 'Welke behandelingen worden bij welke (gevolgen van) aandoeningen gegeven?' De beantwoording daarvan vereist een indeling van patiënten in diagnosecategorieën, al of niet gerangschikt naar bijvoorbeeld leeftijd van de patiënten en ernst en/of tijdsduur van de aandoening. Met andere woorden: de verschillende gegevens uit de RFEG dienen gecombineerd en in samenhang met elkaar te worden weergegeven. In principe kan een eindeloze reeks van vraagstellingen de revue passeren. In het hiernavolgende komen alleen de tabellen ter sprake die vrijwel zeker hun plaats vinden in het jaarlijkse overzicht van de BEEF-registratie.

De top-5 van de medische verwijsindicaties wordt gerelateerd aan zowel stoornissen als beperkingen in een poging een brug te slaan tussen medische verwijsindicatie en fysiotherapeutische werkdiagnose.

Een volgende tabel geeft aan of, in het algemeen, verschil bestaat in de behandeling (behandelvormen, behandeldoelen, behandelduur en aantal zittingen) van de onderscheiden verwijsindicaties (top-5).

Eenzelfde procedure kan worden gevolgd voor de stoornissen en beperkingen, onder voorwaarde dat de behandeldoelen (ingedeeld naar stoornis en beperkingen) overeenkomen met de stoornissen en beperkingen uit de werkdiagnose.

Van een beperkt aantal verwijsindicaties (top-3) wordt bekeken of de duur sinds het ontstaan van de klachten van invloed is op de behandeling (behandelvormen, behandeldoel, behandelduur) en of bij een dergelijke indeling van de verwijsindicaties andere stoornissen en beperkingen worden waargenomen.

Op soortgelijke wijze kan de invloed van de leeftijd van de patiënten op de behandeling worden gepresenteerd.

Alle genoemde tabellen geven, zij het niet uitputtend maar toch telkens vanuit een ander aspect, zicht op de ingewikkelde relaties tussen kenmerken van patiënten, hun klachten en de daarvoor toegepaste fysiotherapeutische behandeling.

Thema's

Behalve de presentatie van de onderzoeksgegevens, door middel van tabellen en grafieken, is het mogelijk de verzamelde gegevens in verband te brengen met thema's die voor de fysiotherapie van belang zijn.

Voorbeelden van thematische besprekingen zijn: de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen, de zorg voor ouderen, de thuiszorg, psycho-sociale aspecten in de fysiotherapeutische zorgverlening, vorming van patiëntcategorieën voor diverse doeleinden en het aandeel van de fysiotherapeutische zorg op het gebied van sportletsels. Deze opsomming van thema's is, uiteraard, niet uitputtend. Een thematische presentatie hoeft, in tegenstelling tot de hiervoor genoemde presentatie in de vorm van tabellen en grafieken, geen vast onderdeel te noemen van de jaarlijkse overzichten.

EINDNOTEN

1. Deze vier rapporten zijn:
 - Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: De hulpverleners huisarts en fysiotherapeut (Kerssens J.J., Groenewegen P.P., Curfs E.Chr.; juli 1986)
 - Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: Classificatie van gegevens in onderzoek op het gebied van de fysiotherapie (Curfs E.Chr., Groenewegen P.P., Kerssens J.J.; februari 1987)
 - Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: Klachten van patiënten, indicatiestelling van (huis)artsen en fysiotherapeutische behandelingen (Kerssens J.J., Curfs E.Chr., Groenewegen P.P.; 1987)
 - Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: Onderzoek naar (poli)klinische fysiotherapie (Kerssens J.J., Curfs E.Chr., Groenewegen P.P.; 1988).
2. Deze doelstellingen worden genoemd in het NIVEL-Projectvoorstel 'Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie' (kenmerk DIR806 PG/SH), 5 augustus 1987 en onderschreven door de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (namens deze door het Hoofd van de Directie Algemene Gezondheidszorg, Mr. E.J.D. Haslinghuis) in zijn brief (kenmerk DGVGZ/AGZ/ELGZ nr. 308677) aan het NIVEL.
3. De hoedanigheid van de aandoening of ziekte waarvoor een geneeskundige een patiënt voor fysiotherapie verwijst wordt niet altijd omschreven in de vorm van een diagnose (Kerssens e.a., 1987). Meermaals omschrijft de geneeskundige de klacht van de patiënt in de vorm van manifestaties (verschijnselen en symptomen). Derhalve is het beter te spreken van een verwijzindicatie dan van een verwijzdiagnose.

LITERATUUR

- Bergen, A. van, H. Derijcke, A. Vink. Toetsbare fysiotherapie: over uniforme organisatie in de fysiotherapie. Amersfoort: Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, 1985
- Beroepenclassificatie 1984: Lijst van benamingen per beroepencode. Voorburg, Centraal Bureau voor de Statistiek, 1985
- Beroepsomschrijving Fysiotherapeut; Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Amersfoort, augustus 1986
- Bobbert, M., E. Houtkoop, R.H. Rozendal, H.W.R. van Sambeek. Onderzoek naar effecten van fysiotherapeutisch handelen. Nederlands tijdschrift voor Fysiotherapie; 94, 1984, 7/8, p.158-160
- Curfs, E.Chr., P.P. Groenewegen, J.J. Kerssens. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg: Classificatie van gegevens in onderzoek op het gebied van de fysiotherapie. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1987
- Friedman, G.D. Primer of Epidemiology. McGraw-Hill Book Company. New York, 1980
- Fysiotherapeutenbesluit, 1977. Besluit van 1 juli 1977 tot vaststelling van nieuwe regelen inzake het beroep van fysiotherapeut. Staatsblad 431, 1977
- Gorkum, J.A.W. van. De bruikbaarheid van de ICDH voor de fysiotherapie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 96, 1986, 7/8, p.152-156
- Granger, C.V., G.B. Seltzer, C.F. Fishbein. Primary Care of the Functionally Disabled: Assessment and Management. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1987
- Groenewegen, P.P. Registratie van patiëntgegevens en behandelingen. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 86, 1986, 7/8, p.149-151

- Groenewegen, P.P., J.J. Kerssens, E.Chr. Curfs. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg: Samenvatting. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1988
- Halbertsma, J. Fysiotherapie en Classificatie. Issue, Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie; 5, 1988, 3, p.1-6
- ICIDH: Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps 1980; vertaling van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease WHO 1980. Voorburg: Raad voor Gezondheidsresearch TNO, 1981
- Kerssens, J.J., E.Chr. Curfs, P.P. Groenewegen. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg: Klachten van patiënten, indicatiestelling van (huis)artsen en fysiotherapeutische behandelingen. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1987
- Kerssens, J.J., E.Chr. Curfs, P.P. Groenewegen. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg: Onderzoek naar (poli)klinische fysiotherapie. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1988
- Kerssens, J.J., P.P. Groenewegen, E.Chr. Curfs. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg: De hulpverleners huisarts en fysiotherapeut. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1986
- Lamberts, H. Morbidity in General Practice: diagnoses related information from the monitoring project. Utrecht: Huisartsenpers BV, 1984
- Lamberts, H., M. Wood. ICPC International Classification of Primary Care. Prepared for the World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) by the ICPC Working Party. Oxford, Oxford University Press, 1987
- Leenen, W.J.J. Gezondheidszorg en Recht. Samsom, Alphen aan de Rijn/Brussel, 1981

Meyfroyt, F.J. Het Plica syndroom. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 92, 1982, 12, p.328-341

Mischner-van Ravensberg, C.D., H.J.M. Paauw, J.H.M. van Gestel. De fysiotherapeutische werkdiagnose in relatie tot de medische diagnose. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 98, 1988, 5, p.104-107

Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, Fysiotherapie ontwikkelingsnetwerk. Amersfoort, 1987

Telkamp, I.H.K., H.J.M. Paauw, R.A.A. Bots. Knieregistratieproject 'Zwolle'. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 96, 1986, 7/8, p.166-169

Wet op de Paramedische Beroepen, Staatsblad 113, 1963

OVERZICHT TABELLEN EN GRAFIEKEN BEEF-REGISTRATIE

- . Tabel 1 en grafiek 1 (staafdiagram van geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm te zamen per tijdsperiode (kwartaal en jaar)), in aantallen en procenten
Indeling
geslacht : mannelijk, vrouwelijk
leeftijd : acht categorieën (0-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75 en ouder)
verzekeringsvorm: ziekenfonds- en particulier verzekerd
- . Tabel 2 geslacht, in aantallen en procenten
Indeling: mannelijk, vrouwelijk
- . Tabel 3 leeftijd, in aantallen en procenten
Indeling: acht categorieën (zie tabel 1)
- . Tabel 4 verzekeringsvorm in aantallen en procenten
Indeling: ziekenfondsverzekerd, particulier verzekerd, niet verzekerd
- . Tabel 5 woonvorm, in aantallen en procenten
Indeling: thuiswonend, thuiswonend met speciale voorzieningen, verzorgingstehuis, verpleegkliniek, specificatie van andere woonvormen
- . Tabel 6 woonsituatie, in aantallen en procenten
Indeling: alleenstaand, samenwonend met respectievelijk ouder(s), kind(eren), partner/echtgenoot, ander(en)
- . Tabel 7 opleiding, in aantallen en procenten
Indeling: geen opleiding, lager onderwijs, lagere beroepsopleiding, MAVO, HAVO, VWO, middelbare beroepsopleiding, hogere beroepsopleiding, universiteit
- . Tabel 8 Beroep; belangrijke taak in de huishouding, in procenten en aantallen
Indeling: ja, neen

- . Tabel 9 Beroep; loondienst of zelfstandig, in procenten en aantallen
Indeling: loondienst, zelfstandig
- . Tabel 10 Beroep; niet werkend, in procenten en aantallen
Indeling: AOW/VUT/pensioen, werkloos, arbeidsongeschikt (AWW/WAO), tijdelijk ziek, scholing/studie, specificatie van andere oorzaken
- . Tabel 11 Beroep; in procenten en aantallen
Indeling: (naar Ganzeboom e.a., 1986) 11 beroeps categorieën
 1. Grote zelfstandigen en hoger leidinggevenden
 2. Lagere leidinggevenden en geschoolde hoofdarbeid
 3. Routine hoofdarbeid
 4. Kleine zelfstandigen met personeel
 5. Kleine zelfstandigen zonder personeel
 6. Zelfstandige boeren
 7. Supervisoren handarbeid, hooggeschoolde handarbeid
 8. Geschoolde handarbeid
 9. Halfgeschoolde en ongeschoolde handarbeid
 10. (Ongeschoolde) handarbeid
 11. Onbekend
- . Tabel 12 Beroep; Beroepenclassificatie CBS, in procenten en aantallen
Indeling: Hoofdgroepen van Beroepenclassificatie CBS (eerste twee cijfers)
- . Tabel 13 Klachten van de patiënt, in procenten en aantallen, alle klachten
Indeling: ICPC-codes
- . Tabel 14 Klachten van de patiënt: hoofdgroepen ICPC, in procenten en aantallen, alle klachten
Indeling: ICPC, hoofdcodes (één letter gevolgd door twee cijfers)
- . Tabel 15 Klachten van de patiënt: hoofdstukken ICPC, in procenten en aantallen, alle klachten
Indeling: ICPC, hoofdstukken

- . Tabel 16 Klachten van de patiënt: localisatie, in procenten en aantallen, alle klachten
Indeling: 14 categorieën, codes
 1. Hoofd
 2. Nek
 3. Rug, NEG
 4. Lage rug (zonder uitstraling)
 5. Schouderstreek
 6. Elleboog
 7. Pols, hand, vingers
 8. Armen, NEG
 9. Heupstreek
 10. Knie
 11. Enkel, voet, tenen
 12. Benen, NEG
 13. Overige
 14. Onbekend

- . Tabel 17 Pijn; optreden van pijn, in aantallen en procenten
Indeling : kruistabel; activiteit x optreden van pijn
Activiteit : rust, beweging, overgang rust-beweging
Optreden van pijn: wisselend, altijd aanwezig

- . Tabel 18 Idem tabel 13, eerstgenoemde klachten

- . Tabel 19 Idem tabel 14, eerstgenoemde klachten

- . Tabel 20 Idem tabel 15, eerstgenoemde klachten

- . Tabel 21 Idem tabel 16, eerstgenoemde klachten

- . Tabel 22 Verwijsindicaties; alle verwijsindicaties, in aantallen en procenten
Indeling: ICPC-codes

- . Tabel 23 Verwijsindicaties; hoofdgroepen ICPC-codes, alle verwijsindicaties in aantallen en procenten
Indeling: ICPC-hoofdgroepen (een letter gevolgd door twee cijfers)

. Tabel 24 Verwijsindicaties; hoofdstukken ICPC, alle verwijsindicaties, in aantallen en procenten
Indeling: ICPC-hoofdstukken

. Tabel 25 Idem tabel 22, alleen eerstgenoemde verwijsindicaties

. Tabel 26 Idem tabel 23, alleen eerstgenoemde verwijsindicaties

. Tabel 27 Idem tabel 24, alleen eerstgenoemde verwijsindicaties

. Tabel 28 Top-20 eerstgenoemde verwijsindicaties van huisartsen, in aantallen en procenten

Codes Indeling (nominaal):

1. Lage rugklachten zonder uitstraling
2. Myogene en overige aandoeningen rug, NEG
3. Aandoeningen schouderstreek, exclusief traumata/postoperatief
4. Syndromen en symptomen samenhangend met cervicale wervelkolom, exclusief 7
5. Discusdegeneratie met uitstraling, exclusief 4
6. Epicondylitis
7. Spondylose
8. Gonartrosis deformans
9. Coxartrosis deformans
10. Misvormingen wervelkolom
11. Aandoeningen ademhalingswegen
12. Distorsie enkelgewricht
13. Derangement interne van de knie
14. Hoofdpijn
15. Hyperventilatie
16. Status na traumata, exclusief fracturen, NEG
17. Reumatoïde artritis, inclusief M. Bechterew
18. Aandoeningen heup/bekkenstreek, exclusief traumata/postoperatief
19. Aandoeningen van de knie, exclusief 13, exclusief traumata/postoperatief
20. Aandoeningen van de enkel, exclusief 12, exclusief traumata/postoperatief

Tabel 29 Top-20 eerstgenoemde verwijsindicaties van medisch-specialisten, in aantallen en procenten

Indeling (nominaal):

1. Fracturen bovenste extremiteiten
2. Postoperatieve status kniegewricht
3. Discusdegeneratie met uitstraling, exclusief 4
4. Syndromen en symptomen samenhangend met cervicale wervelkolom, exclusief 5
5. Spondylose
6. Fractuur onderste extremiteiten
7. Lage rugklachten, zonder uitstraling
8. Gonartrosis deformans
9. Derangement interne kniegewricht
10. Aandoeningen schouderstreek, exclusief traumata/post-operatief
11. Aandoeningen ademhalingswegen
12. Postoperatieve status lumbale/servale wervelkolom
13. Prothese heup
14. Distorsie kniegewricht
15. Misvormingen/verkrummingen wervelkolom
16. Myogene en overige aandoeningen rug, NEG
17. Reumatoïde artritis, inclusief M. Bechterew
18. Postoperatieve status enkelgewricht/voet
19. Distorsie enkelgewricht
20. Coxartrosis deformans

- . Tabel 30 Eerdere behandeling met fysiotherapie, in aantallen en procenten

Indeling: Eerder behandeld voor dezelfde klachten, eerder behandeld voor andere klachten

- . Tabel 31 Medische interventies, gedurende afgelopen half jaar, in aantallen en procenten

Indeling: hoofdgroepen ICPC, proces-mode

- . Tabel 32 Waarschijnlijke oorzaken van klachten, in aantallen en procenten

Indeling:

1. Aangeboren afwijkingen
2. Traumata
3. Sporten en trainen
4. Aandoeningen/ziekten
5. Overbelasting, surmenage
6. Infecties

7. Houdingsafwijkingen
8. Postoperatieve aandoeningen, status na operatie
9. Psychische stoornissen
10. Overige
11. Onbekende oorzaken

- . Tabel 33 Duur van de aandoening/ziekte bij aanvang fysiotherapeutische behandeling; aantallen en procenten

Indeling:

1. 0 tot en met 2 dagen
2. 2 tot en met 7 dagen
3. 1 tot en met 3 weken
4. 3 tot en met 6 weken
5. 6 weken tot en met 3 maanden
6. 3 maanden tot en met 1 jaar
7. langer dan 1 jaar
8. onbekend

- . Tabel 34 Duur van de huidige klachten bij aanvang fysiotherapeutische behandeling; aantallen en procenten

Indeling: idem tabel 33

- . Tabel 35 Tijdsduur tussen verwijzing en in behandeling nemen van de patiënt; aantallen en procenten

Indeling:

1. Dezelfde dag
2. 1 dag tot en met 1 week
3. Meer dan 1 week tot en met 4 weken
4. Langer dan 4 weken
5. Onbekend

- . Tabel 36 Andere dan fysiotherapeutische hulpverlening aan de patiënt, gedurende het afgelopen half jaar, voor de huidige klachten; aantallen en procenten

Indeling:

1. Huishoudelijke hulp
2. Gezins hulp
3. Wijkverpleging/zorg
4. Maatschappelijk werk
5. Alternatieve geneeskunde
6. Huisarts
7. Medisch-specialist
8. Andere(n)

- . Tabel 37 Frequentie van hulpverlening; aantallen en procenten
Indeling frequentie:
 1. Dagelijks (meermaals daags)
 2. 3 tot en met 6 keer per week
 3. 4 tot en met 11 keer per maand
 4. 1 tot en met 3 keer per maand
 5. 1 tot en met 11 keer per jaar
 6. Onbekend

- . Tabel 38 Duur van de hulpverlening bij aanvang van de fysiotherapeutische behandeling; aantallen en procenten
Indeling duur:
 1. Korter dan 1 week
 2. Langer dan 1 week, korter dan 1 maand
 3. Langer dan 1 maand, korter dan 3 maanden
 4. Langer dan 3 maanden
 5. Onbekend

- . Tabel 39 De rol van somatische en psycho-sociale aspecten bij de klachten van de patiënt; aantallen en procenten
Indeling:
 1. Puur somatische klacht
 2. Somatische klacht die psycho-sociale problemen met zich meebrengt
 3. Somatische klacht waarachter fysiotherapeut psycho-sociale problemen vermoedt
 4. Psycho-sociale klacht waarachter fysiotherapeut somatische problemen vermoedt
 5. Psycho-sociale klacht die somatische problemen met zich meebrengt
 6. Duur psycho-sociale klacht

- . Tabel 40 Omstandigheden die van invloed zijn op het behandelresultaat; aantallen en procenten
Indeling: vrij

- . Tabel 41 Voorkomen van stoornissen bij aanvang van de behandeling; in aantallen en procenten
Indeling:
 1. Zwelling
 2. Verminderde bewegingsuitslag
 3. Afwijkende tonus musculatuur

- 4. Krachtsvermindering
- 5. Ademhalingsproblematiek
- 6. Houdingsstoornissen
- 7. Diverse stoornissen — eventuele omschrijving van de
- 8. Overige stoornissen — afzonderlijke stoornissen

. Tabel 42 Voorkomen van beperkingen bij aanvang van de behandeling in aantallen en procenten

Indeling:

- 1. Zelfverzorging
- 2. Lichaamsbeheersing
- 3. Verplaatsing
- 4. Huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten
- 5. Sport/hobby
- 6. Andere activiteiten, eventueel omschreven

. Tabel 43 Localisatie en ernst van de stoornis zwelling; aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : matige of ernstige zwelling

Localisatie:

- 1. Overig
- 2. Hoofd
- 3. Wervelkolom
- 4. Nek, neksschouder
- 5. Bekken, billen
- 6. Rug
- 7. Hals
- 8. Oksel
- 9. Thorax, mamma, costae
- 10. Buik
- 11. Liesstreek
- 12. Flank
- 13. Longen
- 14. Schouderstreek/gewrichten
- 15. Elleboog, -gewricht
- 16. Pols, -gewricht
- 17. Hand, -gewricht
- 18. Arm, overige
- 19. Heup, -gewricht
- 20. Knie, -gewricht

Eventueel kunnen niet of weinig voorkomende localisaties

vervangen worden door 'overige'.
Maximaal twee zwellingen per patiënt

. Tabel 44 Localisatie, ernst en begeleidend pijn bij de stoornis
'verminderde bewegingsuitslag'

Deze stoornis wordt verder gesplitst in een actieve en
een passieve verminderde bewegingsuitslag: aantallen en
procenten

Indeling: actief, passief

Ernst : matig, ernstig

Pijn : ja, neen

Localisatie: diverse gewrichten:

1. Cervicale wervelkolom, hoofd
2. Thoracale wervelkolom
3. Lumbale wervelkolom
4. Sacrale, sacro-iliacale wervelkolom
5. Multiple gewrichten wervelkolom
6. Overige wervelkolomgewrichten
7. Schoudergewrichten
8. Ellebooggewrichten
9. Polsgewrichten
10. Handgewrichten
11. Meerdere armgewrichten
12. Heupgewricht
13. Kniegewrichten
14. Enkelgewrichten
15. Voetgewrichten
16. Meerdere beengewrichten
17. Overige, meerdere, alle gewrichten

. Tabel 45 Verwijzers voor fysiotherapie; aantallen en procenten

Indeling:

- . Huisartsen
- . Medisch-specialisten
- . Anderen
- . Geen verwijzer

. Tabel 46 Medisch-specialisten worden ingedeeld in:

1. Interne geneeskunde
2. Cardiologie
3. Longziekten/pulmonologie
4. Reumatologie

5. Gastro-enterologie
6. Chirurgie
7. Urologie
8. Orthopedie/Orthopedische chirurgie
9. Neurochirurgie
10. Plastische chirurgie
11. Mondheelkunde
12. Cardiopulmonale chirurgie
13. Gynaecologie/obstetrie
14. Kindergeneeskunde
15. Zenuw- en zielsziekten
16. Psychiatrie
17. Neurologie
18. Keel-, neus-, oorkunde
19. Dermatologie
20. Oogheelkunde
21. Revalidatiegeneeskunde
22. Anders

Eventueel kunnen in een tabel niet of weinig voorkomende specialismen onder de rubriek 'anders' gerangschikt worden.

. Tabel 47 Andere verwijzers

Indeling: omschrijving genoemde andere verwijzers

. Tabel 48 Localisatie, ernst en begeleidende pijn bij de stoornis 'afwijkende tonus musculatuur'; in aantallen en procenten

Deze stoornis wordt verdeeld in hyper- en hypotonus

Indeling: Hypertonus, hypotonus

Ernst : Matig, ernstig

Pijn : ja, neen

Localisatie

1. Hoofd/gezichtsmusculatuur
2. Nek/Nek-schoudermusculatuur
3. Halsmusculatuur
4. Rugmusculatuur
5. Buikmusculatuur
6. Thorax- en costaemusculatuur
7. Bekkenbodemmusculatuur
8. Schoudergordelmusculatuur
9. Bovenarmmusculatuur
10. Onderarmmusculatuur

- 11. Handmusculatuur
- 12. Heupmusculatuur
- 13. Bovenbeenmusculatuur
- 14. Onderbeenmusculatuur
- 15. Voetmusculatuur
- 16. Overige musculatuur

. Tabel 49 Localisatie, ernst en begeleidende pijn bij de stoornis 'krachtsvermindering'; in aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : matig, ernstig

Pijn : ja, neen

Localisatie zie tabel 48

. Tabel 50 Ademhalingsproblematiek, ernst; in aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : matig, ernstig

Sputumretentie, benauwdheid en overige

. Tabel 51 Houdingsstoornissen; ernst; in aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : matig, ernstig

Kyfose, lordose, scoliose en overige houdingsstoornissen

Overige houdingsstoornissen: zoals geregistreerd door fysiotherapeuten

. Tabel 52 Omschrijvingen en ernst van diverse stoornissen; in aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : matig, ernstig

Hartfunctiestoornissen, doorbloedingsstoornissen, sensibele stoornissen, stoornissen in de proprioceptie, zenuwrekpijn en zenuwcompressiepijn

Omschrijvingen: zoals geregistreerd

. Tabel 53 Omschrijving en ernst van overige stoornissen; in aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : matig, ernstig

Omschrijving: zoals geregistreerd

. Tabel 54 Zelfverzorging, ernst; in aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : matig, ernstig

Categorieën:

Wassen

Kleden

Toiletgebruik

Eten

. Tabel 55 Lichaamsbeheersing, ernst; in aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : matig, ernstig

Rubrieken:

Zitten

Staan

Knielen

Bukken

Evenwicht bewaren

. Tabel 56 Verplaatsing, ernst; in aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : matig, ernstig

Rubrieken:

In en uit bed

Lopen

Trasplopen

Fietsen

Auto besturen

. Tabel 57 Huishoudelijke en overige activiteiten, ernst; in aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : matig, ernstig

Rubrieken:

Boodschappen doen

Verzorgen maaltijd

Bedden verschonon

Schoonmaken

Verzorgen huisgenoten

Gebruik telefoon

Langere tijd zitten

Langere tijd staan

Tillen
Handhaven normaal tempo beroep
Stress-bestendigheid

. Tabel 58 Sport en hobby, ernst; in aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : Matig, ernstig

Rubrieken:

Sport

Hobby

Anders

. Tabel 59 Andere activiteiten, ernst; in aantallen en procenten

Indeling:

Ernst : matig, ernstig

Rubriek : zoals geregistreerd

. Tabel 60 Behandelingen; aantal zittingen per behandeling; in aantallen en procenten

Indeling:

Aantal zittingen:

1. 1 tot en met 5

2. 6

3. 7 tot en met 11

4. 12

5. 13 tot en met 17

6. 18

7. 19 tot en met 23

8. 24

9. meer dan 24

. Tabel 61 Behandelingen; frequentie van zittingen per behandeling; in aantallen en procenten

Indeling:

Frequentie zittingen:

1. dagelijks

2. 3 tot en met 6 maal per week

3. 4 tot en met 11 maal per maand

4. 1 tot en met 3 maal per maand

5. 1 tot en met 11 maal per jaar

. Tabel 62 Behandelingen; totale tijdsduur per behandeling; in aantallen en procenten

Indeling:

Tijdsduur:

1. tot en met 1 week
2. langer dan 1 week tot en met 3 weken
3. langer dan 3 weken tot en met 6 weken
4. langer dan 6 weken tot en met 3 maanden
5. langer dan 3 maanden tot en met 1 jaar
6. langer dan 1 jaar

. Tabel 63 Behandelvormen, percentage per zitting

Indeling:

1. Bindweefselmassage
2. Manuele lymfedrainage
3. Bronchiaal toilet, tapotage
4. Overige massagetherapie
5. Manuele therapie
6. Specifieke neurologische methoden (bobath, NDT etc.)
7. Groepsbewegingstherapie (inclusief instructie etc.)
8. Overige oefentherapie (bewegingstherapie)
9. Laagfrequente electrostimulatie (spierprikkelers, electro oefentherapie etc.)
10. Ultrageluidstherapie
11. Interferentietherapie
12. Diadynamische stroomvormen
13. Overige laagfrequente electrotherapie (galvanisatie etc.)
14. Hoogfrequente electrotherapie (UKG, microgolf etc.)
15. Warmtetherapie (lignoparaffine, warmtepakking etc.)
16. Koudetherapie
17. Tractie (niet manueel)
18. Lichttherapie
19. Overige fysische therapie in engere zin
20. Bandageren
21. Acupunctuur (inclusief electro-acupunctuur)
22. Adviseren leefregels
23. Instructie oefeningen/opdrachten voor thuis
24. Hydrotherapie (vlinderbad etc.)
25. Overige

. Tabel 64 Behandelvormen, percentage per behandeling

Indeling: idem tabel 63

. Tabel 65 Behandeldoelen; stoornisniveau, percentages per zitting

Indeling:

1. Het bestrijden van pijn
2. Het doen afnemen van een zwelling
3. Het verbeteren van een bewegingsuitslag
4. Het herstellen van een afwijkende tonus
5. Het verbeteren van de kracht van spieren
6. Het doen verminderen van ademhalingsproblematiek
7. Het herstellen van houdingsstoornissen
8. Het herstellen van overige stoornissen

. Tabel 66 Behandeldoelen; stoornisniveau, percentages per behandeling

Indeling: idem tabel 65

. Tabel 67 Behandeldoelen; beperkingniveau, percentages per zitting

Indeling:

1. Wassen
2. Kleden
3. Toiletgebruik
4. Eten
5. Zitten
6. Staan
7. Knielen
8. Bukken
9. Evenwicht bewaren
10. In en uit bed
11. Lopen
12. Traplopen
13. Fietsen
14. Auto besturen
15. Boodschappen doen
16. Verzorgen maaltijd
17. Bedden verschoneren
18. Schoonmaken
19. Verzorgen huishouden
20. Gebruik telefoon
21. Langere tijd zitten
22. Langere tijd staan
23. Tillen
24. Handhaven normaal tempo beroep
25. Stress-bestendigheid

- 26. Sport
- 27. Hobby
- 28. Andere activiteiten

- . Tabel 68 Behandeldoelen; beperkingniveau, percentages per behandeling
Indeling: idem tabel 67
- . Tabel 69 Relatie behandelvorm en behandeldoel (stoornisniveau); percentages en aantallen
Indeling:
Behandelvormen: zoals in tabel 63
Behandeldoelen: zoals in tabel 65
- . Tabel 70 Relatie behandelvorm en behandeldoel (beperkingniveau); percentages en aantallen
Indeling:
Behandelvormen: zoals in tabel 63
Behandeldoelen: zoals in tabel 67
- . Tabel 71 Relatie tussen behandeldoelen op stoornis- en beperkingniveau in het algemeen; aantallen en percentages
Indeling:
Behandelvormen: zoals in tabel 65
Behandeldoelen: zoals in tabel 67
- . Tabel 72 Relatie tussen enerzijds behandelvormen en anderzijds een combinatie van behandeldoelen op stoornis- en beperkingniveau; in aantallen en percentages
Indeling:
Behandelvormen: zoals in tabel 63
Behandeldoelen op stoornisniveau : zoals in tabel 65
Behandeldoelen op beperkingniveau: zoals in tabel 67
- . Tabel 73 Plaats van behandeling, per zitting; in procenten
Indeling:
 1. In praktijkruimte van de fysiotherapeut
 2. Ten huize van de patiënt
 3. In een verzorgings(bejaarden)tehuis
 4. In een verpleegkliniek
 5. In een ziekenhuis
 6. Elders

- . Tabel 74 Redenen van 'aan huis'-behandeling; in procenten
 Indeling:
 1. Patiënt kan niet tot praktisch fysiotherapeut lopen
 2. Verblijf in een verzorgingstehuis
 3. Verblijf in een verpleegkliniek of ziekenhuis
 4. Aandoeningen/ziekten verhinderen dat patiënt zijn huis verlaat, exclusief 1
 5. Thuisituatie vormt onderdeel van het behandelplan
 6. Verzoek van verwijzer
 7. Verzoek van patiënt/patiënt heeft geen vervoer
 8. Overige

- . Tabel 75 Redenen beëindiging behandeling gerelateerd aan wenselijkheid voortzetting behandeling; in aantallen en procenten
 Indeling:
 Categorieën redenen beëindiging behandeling:
 1. Gunstig resultaat bereikt
 2. (Te) gering resultaat bereikt
 3. Gestaat door patiënt
 4. Gestaat door verwijzer
 5. Anders
 Wenselijkheid voortzetting behandeling:
 - Ja
 - Neen

- . Tabel 76 Top-5 verwijsindicaties met bijbehorende stoornissen en beperkingen; in aantallen en procenten
 Indeling: Top-5, zoals zal blijken uit tellingen RFEG
 Stoornissen: zoals in tabel 41
 Beperkingen: zoals in tabel 42

- . Tabel 77 Elk van de verwijsindicaties uit de top-5 gespecificeerd naar stoornissen en beperkingen; in aantallen en procenten
 Indeling: Top-5, zoals in tabel 76
 Stoornissen: zoals in tabel 41
 Beperkingen: zoals in tabel 42

- . Tabel 78 Top-5 verwijsindicaties en de bijbehorende behandelvormen; in aantallen en procenten

Indeling: Top-5, zoals in tabel 76
Behandelvormen, zoals in tabel 63

- . Tabel 79 Top-5 verwijsindicaties en bijbehorende behandeldoelen; in aantallen en procenten
Indeling: Top-5, zoals in tabel 76
Behandeldoelen, zoals in tabellen 65 en 67
- . Tabel 80 Top-5 verwijsindicaties en bijbehorende behandelduur; in aantallen en procenten
Indeling: Top-5, zoals in tabel 76
Behandelduur, zoals in tabel 62
- . Tabel 81 Top-5 verwijsindicaties en bijbehorend aantal zittingen; in aantallen
Indeling: Top-5, zoals in tabel 76
Aantal zittingen, zoals in tabel 60
- . Tabel 82 Stoornissen en bijbehorende behandelvormen; in aantallen en procenten
Indeling:
Stoornissen, zoals in tabel 41
Behandelvormen, zoals in tabel 63
- . Tabel 83 Beperkingen en bijbehorende behandelvormen; in aantallen en procenten
Indeling:
Beperkingen, zoals in tabel 42
Behandelvormen, zoals in tabel 63
- . Tabel 84 Stoornissen en bijbehorende behandelduur; in aantallen en procenten
Indeling:
Stoornissen, zoals in tabel 41
Behandelduur, zoals in tabel 62
- . Tabel 85 Beperkingen en bijbehorende behandelduur; in aantal en procenten
Indeling:
Beperkingen, zoals in tabel 42
Behandelduur, zoals in tabel 62

- . Tabel 86 Stoornissen en bijbehorend aantal zittingen; in aantallen
Indeling:
Stoornissen, zoals in tabel 41
Aantal zittingen, zoals in tabel 60
- . Tabel 87 Beperkingen en bijbehorend aantal zittingen; in aantallen
Indeling:
Beperking, zoals in tabel 42
Aantal zittingen, zoals in tabel 60
- . Tabel 88 Top-3 verwijsindicaties, gespecificeerd naar tijdsduur van klachten, en bijbehorende behandelvormen; in aantallen en procenten
Indeling: Top-3 van verwijsindicaties, zie tabel 28
Behandelvormen, zoals in tabel 63
- . Tabel 89 Top-3 verwijsindicaties, gespecificeerd naar tijdsduur van klachten, en bijbehorende behandeldoelen; in aantallen en procenten
Indeling: Top-3 van tabel 28
Behandeldoelen, zoals in tabellen 65 en 67
- . Tabel 90 Top-3 verwijsindicaties, gespecificeerd naar tijdsduur van klachten, en bijbehorende behandelduur; in aantallen en procenten
Indeling: Top-3 van tabel 28
Behandelduur, zoals in tabellen 62
- . Tabel 91 Top-3 verwijsindicaties, gespecificeerd naar tijdsduur van klachten, en bijbehorende stoornissen; in aantallen en procenten
Indeling: Top-3, zoals in tabel 28
Stoornissen, zoals in tabel 41
- . Tabel 92 Top-3 verwijsindicaties, gespecificeerd naar tijdsduur van klachten, en bijbehorende beperkingen; in aantallen en procenten
Indeling: Top-3, zoals in tabel 28
Beperkingen, zoals in tabel 42
- . Tabel 93 Top-3 verwijsindicaties, gespecificeerd naar leeftijd, en bijbehorende behandelvormen, in aantallen en procenten

Indeling: Top-3, zoals in tabel 28
Behandelvormen, zoals in tabel 63

- . Tabel 94 Top-3 verwijsindicaties, gespecificeerd naar leeftijd, en bijbehorende behandeldoelen; in aantallen en procenten
Indeling: Top-3, zoals in tabel 28
Behandeldoelen, zoals in tabellen 65 en 67
- . Tabel 95 Top-3 verwijsindicaties, gespecificeerd naar leeftijd, en bijbehorende behandelduur; in aantallen en procenten
Indeling: Top-3, zoals in tabel 28
Behandelduur, zoals in tabel 62
- . Tabel 96 Top-3 verwijsindicaties, gespecificeerd naar leeftijd, en bijbehorende stoornissen; in aantallen en procenten
Indeling: Top-3, zoals in tabel 28
Stoornissen, zoals in tabel 41
- . Tabel 97 Top-3 verwijsindicaties, gespecificeerd naar leeftijd, en bijbehorende beperkingen; in aantallen en procenten
Indeling: Top-3, zoals in tabel 28
Beperkingen, zoals in tabel 42

BIJLAGE 1

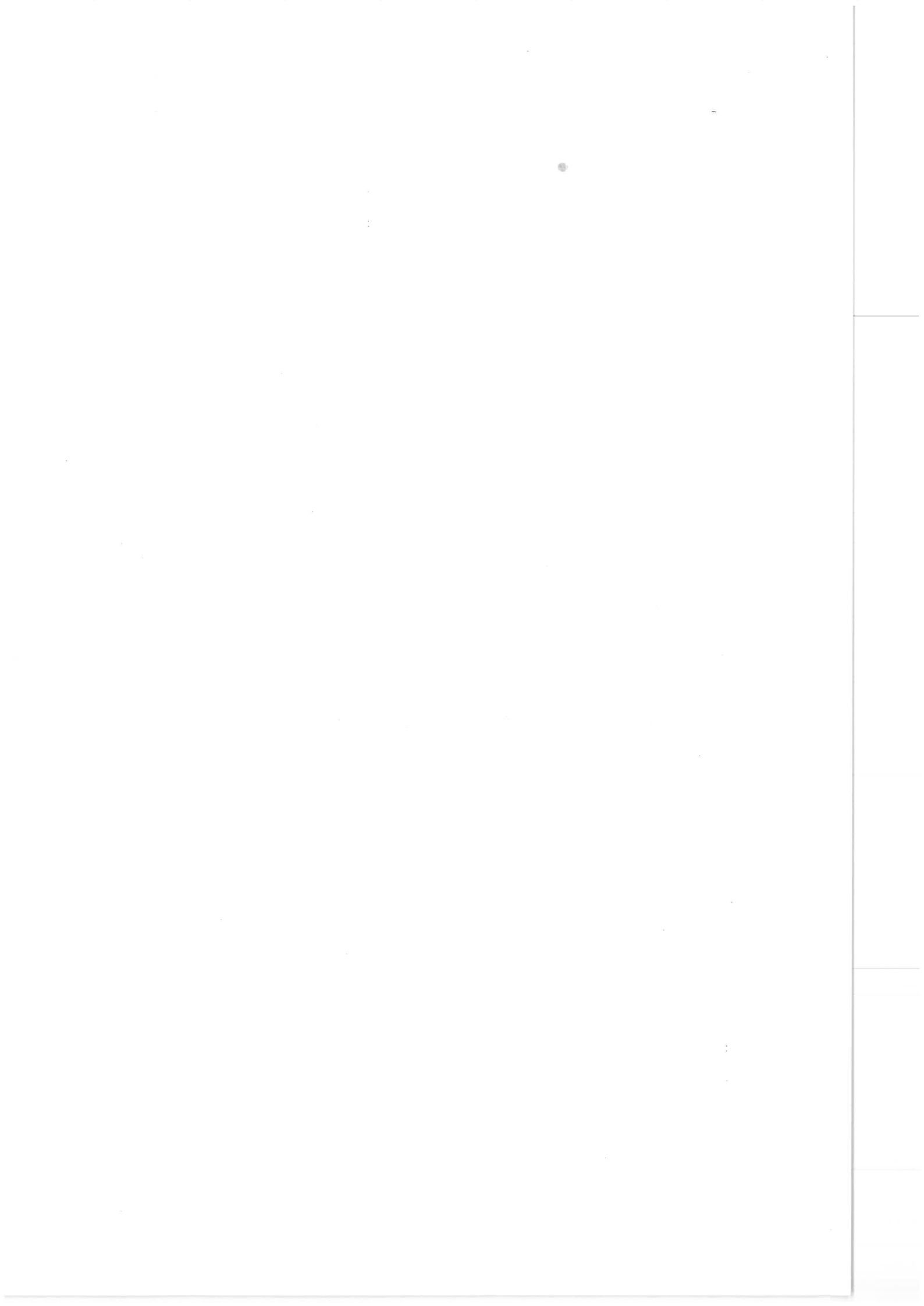


nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

registratieformulier

fysiotherapie in de
eerstelijnsgezondheidszorg



ALGEMENE GEGEVENS

Fysiotherapeut

Datum registratie

 dag maand jaar**Patiëntgegevens****Personalia**Naam (eerste drie letters)Voorletters

Geboortedatum

 dag maand jaar

Geslacht:

-
- Man
-
-
- Vrouw

Verzekering:

-
- Ziekenfonds
-
-
- Particulier
-
-
- Niet verzekerd

Postcode

 Woonvorm

-
- Thuiswonend
-
-
- Idem, woning met speciale voorzieningen
-
-
- Verzorgingstehuis
-
-
- Verpleegkliniek
-
-
- Anders, te weten:

Woonsituatie

-
- Alleenstaand
-
-
- Samenwonend met:
-
-
- Ouder(s)
-
-
- Kind(eren)
-
-
- Partner/echtgenoot
-
-
- Ander(en)

Opleiding

-
- Lager Onderwijs
-
-
- Lagere beroepsopleiding
-
-
- MAVO
-
-
- HAVO
-
-
- Middelbare beroepsopleiding
-
-
- VWO
-
-
- Hogere beroepsopleiding
-
-
- Universiteit

Beroep

Heeft de patiënt een belangrijke taak in de huishouding?

-
- Ja
-
-
- Neen

Welk beroep oefent de patiënt uit?

. (beroep)

-
- Loondienst
-
-
- Zelfstandig

Niet werkend door:

-
- AOW/VUT/Pensioen
-
-
- Werkloos
-
-
- Arbeidsongeschikt (AWW/WAO)
-
-
- Tijdelijk ziek
-
-
- Scholing/studie
-
-
- Anders, te weten:

KLACHTEN**Verwijzer**

- Huisarts
 Medisch specialist: (specialisme)
 Ander, te weten:
 Geen verwijzer (bijvoorbeeld eigen initiatief)

Verwijsindicatie(s), zoals door verwijzer omschreven:

Klachten van de patiënt, in diens eigen bewoordingen (in volgorde van belang voor patiënt):

Indien de patiënt als klacht pijn aangeeft, treedt de pijn dan op:

- In rust
 Bij beweging
 Bij overgang rust-beweging (bijvoorbeeld startpijn)

Het optreden van de pijn is dan:

- Wisselend
 Altijd aanwezig

Is de patiënt eerder met fysiotherapie behandeld voor:

- Dezelfde klacht(en)
 Andere klacht(en)

Medische interventies voor deze klacht(en)/aandoening (operaties, injecties, X foto's, medicamenten etc.) in het afgelopen halfjaar:

Oorzaak/ontstaan

. (specificeer)

Aandoening/ziekte sinds:

Huidige klachten sinds :

Verwijsdatum
dag maand jaar

Andere hulpverlening

	frequentie per maand	sedert maand	jaar
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke hulp	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gezins hulp	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wijkverpleging/zorg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Maatschappelijk werk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alternatieve geneeskunde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Huisarts	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Medisch specialist	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Anders, te weten:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

WERKDIAGNOSE

STOORNISSEN

Zwelling

Ernst
0-2

Localisatie

Omschrijving ernst

0 = geen zwelling

1 = matige zwelling

2 = ernstige zwelling

Verminderde bewegingsuitslag

Ernst
0-2

Pijn
Ja Neen

Gewricht

Actief

0 0
0 0
0 0

0 = geen

1 = matig

2 = ernstig

Passief

0 0
0 0
0 0

0 = geen

1 = matig

2 = ernstig

**Afwijkende tonus
musculatuur**

Ernst
hyper-
tonus
0-2

Ernst
hypo-
tonus
0-2

Pijn
Ja Neen

Musculatuur

0 0
0 0
0 0

0 = geen

1 = matig

2 = ernstig

Krachtsvermindering

Ernst
0-2

Pijn
Ja Neen

Musculatuur

0 0
0 0
0 0
0 0

0 = geen

1 = matig

2 = ernstig

Ademhalingsproblematiek

Ernst
0-2

Omschrijving

Sputumretentie

0 = geen

Benauwdheid

1 = matig

Overige

2 = ernstig

Houdingsstoornissen

Ernst
0-2

Omschrijving

Kyfose

0 = geen

Lordose

1 = matig

Scoliose

2 = ernstig

Overige houdingsstoornissen
(bijv. pijn ontwijkende houding)

Diverse stoornissen

Ernst
0-2

Omschrijving

Hartfunctiestoornissen

0 = geen

Doorbloedingsstoornissen

1 = matig

Sensibele stoornissen (anal-
gesie, paraesthesie, tem-
peratuurzin etc.)

2 = ernstig

Stoornis in de proprioceptie

Zenuwrekpijn

Zenuwcompressiepijn

Overige stoornissen

WERKDIAGNOSE

BEPERKINGEN

Zelfverzorging

Ernst
0-2

- Wassen
- Kleden
- Toiletgebruik
- Eten

Omschrijving
ernst

- 0 = geen beperking
- 1 = matig beperkt
- 2 = ernstig beperkt

Lichaamsbeheersing

Ernst
0-2

- Zitten
- Staan
- Knielen
- Bukken
- Evenwicht bewaren

- 0 = geen beperking
- 1 = matig beperkt
- 2 = ernstig beperkt

Verplaatsing

Ernst
0-2

- In en uit bed
- Lopen
- Traplopen
- Fietsen
- Auto besturen

- 0 = geen beperking
- 1 = matig beperkt
- 2 = ernstig beperkt

Huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten

Ernst
0-2

- Boodschappen doen
- Verzorgen maaltijd
- Bedden verschonen
- Schoonmaken
- Verzorgen huisgenoten
- Gebruik telefoon
- Langere tijd zitten
- Langere tijd staan
- Tillen
- Handhaven normaal tempo beroep
- Stress-bestendigheid

- 0 = geen beperking
- 1 = matig beperkt
- 2 = ernstig beperkt

Sport/Hobby

Ernst
0-2

- Sport
- Hobby
- Anders

- 0 = geen beperking
- 1 = matig beperkt
- 2 = ernstig beperkt

Andere activiteiten

Ernst
0-2

Omschrijving

-
-

- 0 = geen beperking
- 1 = matig beperkt
- 2 = ernstig beperkt

OVERIGE

Omstandigheden die van invloed zijn op het behandelresultaat (bijvoorbeeld motivatie patiënt, zwangerschap):

.....

.....

In welke mate spelen, naar Uw oordeel, somatische en/of psycho-sociale aspecten bij bovengenoemde klachten een rol?

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

Behandelplan

zitting	Datum zitting	Fysiotherapeut nummer	Behandelvormen	Behandeldoel (van behandelvorm) is gericht op/afgeleid van		Plaats behandeling
				Stoornis	Beperking	
1			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
2			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
3			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
4			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
5			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	

Ruimte voor het invullen van het behandelplan vanaf de zesde zitting is gereserveerd op de laatste twee pagina's in dit formulier.

Indien van toepassing, wat was de reden voor aan huis behandeling?

.....

Is de behandeling beëindigd?

- Ja
- Neen

Reden voor beëindiging behandeling

- Gunstig resultaat bereikt
- (Te) gering resultaat bereikt
- Gestaakt door patiënt
- Gestaakt door verwijzer
- Anders, te weten:

Is naar Uw mening vervolgbehandeling gewenst?

- Ja
- Neen

Behandelplan

zitting	Datum zitting	Fysiotherapeut nummer	Behandelvormen	Behandeldoel (van behandelvorm) is gericht op/afgeleid van		Plaats behandeling
				Stoornis	Beperking	
6			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
7			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
8			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
9			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
10			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
11			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
12			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
13			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
14			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
15			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	

Behandelplan

zitting	Datum zitting	Fysiotherapeut nummer	Behandelvormen	Behandeldoel (van behandelvorm) is gericht op/afgeleid van		Plaats behandeling
				Stoornis	Beperking	
16			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
17			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
18			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
19			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
20			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
21			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
22			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
23			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
24			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	
25			1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	

BIJLAGE 2

Behandelvormen en codes

- 1011 Bindweefselmassage
- 1012 Manuele lymfedrainage
- 1013 Bronchiaal toilet, tapotage
- 1014 Overige massagetherapie
- 1016 Manuele therapie
- 1017 Specifieke neurologische methoden (bobath, NDT etc.)
- 1018 Groepsbewegingstherapie (inclusief instructie etc.)
- 1019 Overige oefen therapie (bewegingstherapie)
- 1110 Laagfrequente electrostimulatie (spierprikkel en, electro oefen-therapie etc.)
- 1120 Ultrageluidstherapie
- 1130 Interferentietherapie
- 1131 Diadynamische stroomvormen
- 1134 overige laagfrequente electrotherapie (galvanisatie etc.)
- 1140 Hoogfrequente electrotherapie (UKG, microgolf etc.)
- 1150 Warmtetherapie (lignoparaffine, warmtepakking etc.)
- 1151 Koudetherapie
- 1170 Tractie (niet manueel)
- 1180 Lichttherapie
- 1190 Overige fysieke therapie in engere zin
- 1200 Bandageren
- 1201 Acupunctuur (inclusief electro-acupunctuur)
- 1202 Adviseren leefregels
- 1203 Instructie oefeningen/opdrachten voor thuis
- 1204 Hydrotherapie (vlinderbad etc.)
- 1205 Overige

BIJLAGE 3

Behandeldoelen en codes

Stoornis niveau

Het behandeldoel (van de behandelvorm) is gericht op:

- 201 Het bestrijden van pijn
- 202 Het doen afnemen van een zwelling
- 203 Het verbeteren van een bewegingsuitslag
- 204 Het herstellen van een afwijkende tonus
- 205 Het verbeteren van de kracht van spieren
- 206 Het doen verminderen van ademhalingsproblematiek
- 207 Het herstellen van houdingsstoornissen
- 208 Het herstellen van overige stoornissen

Beperking niveau

Het behandeldoel (van de behandelvorm) is gericht op verbetering van een beperking van de volgende activiteiten:

- | | |
|-------------------------|---------------------------------------|
| 301 Wassen | 315 Boodschappen doen |
| 302 Kleden | 316 Verzorgen maaltijd |
| 303 Toiletgebruik | 317 Bedden verschonen |
| 304 Eten | 318 Schoonmaken |
| 305 Zitten | 319 Verzorgen huishouden |
| 306 Staan | 320 Gebruik telefoon |
| 307 Knielen | 321 Langere tijd zitten |
| 308 Bukken | 322 Langere tijd staan |
| 309 Evenwicht bewaren | 323 Tillen |
| 310 In en uit bed | 324 Handhaven normaal tempo
beroep |
| 311 Lopen | 325 Stress-bestendigheid |
| 312 Traplopen | 326 Sport |
| 313 Fietsen | 327 Hobby |
| 314 Auto besturen | |
| 300 Andere activiteiten | |

APPENDIX 1

**RELATIE TUSSEN BELEIDSGERICHT EVALUATIE EN EFFECTONDERZOEK EXTRAMU-
RALE FYSIOTHERAPIE EN HET FYSIOTHERAPIE ONTWIKKELINGSNETWERK**

RELATIE TUSSEN BELEIDSGERICHT EVALUATIE EN EFFECTONDERZOEK EXTRAMURALE FYSIOTHERAPIE EN HET FYSIOTHERAPIE ONTWIKKELINGS NETWERK

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF) voeren beide onderzoeksprojecten uit die betrekking hebben op de registratie van gegevens in de fysiotherapiepraktijk.

Het registratieproject dat het NIVEL uitvoert met betrekking tot de fysiotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg is een integraal onderdeel van het onderzoeksproject Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek Extramurale Fysiotherapie (BEEF). Aan dit onderzoek, dat door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) wordt bekostigd, wordt sedert 1 februari 1988 uitvoering gegeven.

Het registratieproject dat sedert begin 1988 door SWSF wordt uitgevoerd, en eveneens door het Ministerie van WVC wordt gesubsidieerd, is een onderdeel van het Fysiotherapie Ontwikkelingsnetwerk (FON).

Beide onderzoeksprojecten vertonen gemeenschappelijke raakvlakken op zowel het terrein van de doelgroep-onderzoekspopulatie (fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg) als de aard van het onderzoek (registratie). Bovendien is de wijze waarop de gegevens met betrekking tot de aspecten van de fysiotherapeutische werkdiagnose, die beide willen verzamelen, worden geregistreerd geënt op een gemeenschappelijke basis. Dat komt omdat beide projecten deze aspecten bezien vanuit het indelingsprincipe van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (zie hiervoor hoofdstuk 4, Epidemiologie en Fysiotherapie, onder 'fysiotherapeutische werkdiagnose').

In dit verband is het van belang het uitgangspunt van het NIVEL te vermelden waarin is gesteld geen zelfstandige ontwikkeling van werkdiagnose-aspecten plaats te doen vinden, doch aan te sluiten op de ontwikkeling zoals die binnen het FON-project plaats heeft gevonden. Deze afstemming vond echter zijn beperking in de tijd. Dat betekent dat, na de aanvankelijke aanpassing van de werkdiagnose-aspecten, de zelfstandige ontwikkeling van het FON in deze niet verder kon worden gevolgd. Daar ook de doelstellingen van beide onderzoeken niet parallel lopen zijn, naast overeenkomsten, dientengevolge ook verschillen in de uitvoering van beide registratieprojecten aan te duiden.

In dit werkverslag wordt de relatie tussen beide onderzoeksprojecten beschreven aan de hand van zowel de overeenkomsten als de verschil-

len. Daartoe wordt in dit verslag een beschrijving gegeven van zowel de doelstellingen van beide projecten als van de ontwikkeling van het BEEF-registratieformulier.

Doelstellingen FON en BEEF

De doelstelling van het FON wordt door SWSF (SWSF, 1987) als volgt omschreven: Het tot stand brengen van een infrastructuur die gelegenheid geeft tot het diepgaand bestuderen van het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces. Het middel daartoe is 'het creëren van faciliteiten ten behoeve van (beperkt wetenschappelijk) onderzoek en registratie gericht op kwaliteitsontwikkeling van het fysiotherapeutisch handelen'. Concreet wordt in een zestal zogenoemde research-praktijken 'het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces systematisch beschreven'. Ter verduidelijking wordt hieraan toegevoegd dat het hier gaat om activiteiten die ten doel hebben het beroep 'fysiotherapie' inhoudelijk verder te ontwikkelen en dat het vastleggen van epidemiologische gegevens niet op de voorgrond staat. Het instrument dat gebruikt wordt om de genoemde gegevens vast te leggen was destijds het 'Basis Registratie Systeem voor de Fysiotherapeutische Patiëntenzorg (BRSPZ)'. Het BRSPZ is een registratieformulier waarin het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces in eenduidige termen vastgelegd kan worden. De eerste taak van het FON-project was gelegen in de verdere ontwikkeling en verfijning van het BRSPZ. Dit heeft geleid tot aanzienlijke veranderingen in het BRSPZ-formulier. Mede opgrond daarvan is de naam van dit formulier gewijzigd in het Basis Registratieformulier Fysiotherapie (BRF).

Met behulp van het BRF kunnen projecten worden gestart waarin de kwaliteitsontwikkeling van het fysiotherapeutisch handelen centraal staat. Genoemd worden onder meer ontwikkelen van meetinstrumenten en methodiekontwikkeling.

Het BEEF-project kent twee doelstellingen. De eerste doelstelling omvat het uitvoeren van beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek in de extramurale fysiotherapie aan de hand van wisselende vraagstellingen en de tweede doelstelling het ontwikkelen van een instrument ter realisering van een systeem voor het verzamelen van epidemiologische basisgegevens over het klachtenaanbod en de behandeling in de extramurale fysiotherapiepraktijk (NIVEL, 1987). De tweede doelstelling is in dit verslag belangrijk. De vraagstellingen, behorende bij deze doelstelling, geven aan wat bedoeld wordt met epidemiologische basisgegevens. De vraagstellingen luiden: Welke

patiënten worden voor fysiotherapie verwezen, voor welke klachten (en verwijfsindicaties) worden patiënten verwezen, welke werkdiagnoses stellen fysiotherapeuten en welke behandeling wordt ingesteld?

Het antwoord op deze vraagstellingen wordt verkregen door, verspreid over het land, een veertigtal fysiotherapeuten het registratieformulier fysiotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg (RFEG) in te laten vullen.

Het BEEF-project zal op continu-basis beleidsrelevante gegevens leveren over de fysiotherapeutische behandeling van patiënten. Dat betekent enerzijds dat de registratie een langdurig karakter zal dragen en anderzijds dat deze registratie een breed overzicht geeft van de fysiotherapeutische behandeling van patiënten in Nederland. Derhalve is het in dit onderzoek van belang om grotere groepen van patiënten met overeenkomstige klachten en kenmerken te vergelijken.

Samengevat:

Het FON heeft als doelstelling het ontwikkelen van een standaard registratieformulier waarin het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces in een klein aantal praktijken inhoudelijk, eenduidig en diepgaand kan worden vastgelegd. Dit registratieformulier kan dan vervolgens gebruikt worden om de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen te vergroten.

Het BEEF-onderzoeksproject heeft als doel een registratieformulier te ontwikkelen dat ten behoeve van het beleid op continu-basis in een groter aantal praktijken epidemiologische basisgegevens verzamelt over de fysiotherapeutische behandeling van patiënten. Het fungeert tevens als uitgangspunt van basisgegevens voor de jaarlijks wisselende onderzoeken. Er is sprake van een breed overzicht van de structuur en functie van de fysiotherapie in de Nederlandse samenleving. Het RFEG is, dat mag duidelijk zijn, geen praktijkformulier op basis waarvan bijvoorbeeld overdracht van de ene naar de andere fysiotherapeut kan plaatsvinden. Daartegenover verschaft het RFEG inzicht over kenmerken van patiënten(groepen) en ziekten/aandoeningen waarvoor fysiotherapie wordt aangevraagd en over fysiotherapeutische behandelingen die worden toegepast.

Overeenkomsten en verschillen

Zowel het BRF als het RFEG registreren aldus, zij het ieder op eigen wijze en met een andere doelstelling, het fysiotherapeutisch han-

delen. Zij gaan daarbij beide uit van hetzelfde conceptuele model. Aspecten die betrekking hebben op de fysiotherapeutische werkdiagnose worden vastgelegd in termen die gebaseerd zijn op de ICDH. Dat betekent dat de werkdiagnose niet omschreven wordt in de vorm van aandoeningen en ziekten, maar gezien wordt als het gevolg van aandoeningen en ziekten en beschreven wordt in termen van stoornissen, beperkingen en, in het BRF, handicaps. In het RFEG worden geen handicaps geregistreerd omdat het fysiotherapeutisch onderzoek voornamelijk is gericht op stoornissen en beperkingen (Granger e.a., 1987). Bij de operationalisatie van de stoornissen heeft het RFEG de aanvankelijke ontwikkeling daarvan binnen het BRSPZ gevolgd. Met betrekking tot de weergave van beperkingen heeft het RFEG de in het BRSPZ genoemde hoofdgroepen van beperkingen in de vorm van omschreven activiteiten geconcretiseerd. Zo wordt in het BRSPZ bijvoorbeeld 'lichaamsbeheersing' genoemd, terwijl het RFEG als hoofdgroep 'vertaalt' in de activiteiten zitten, staan, knielen, bukken en evenwicht bewaren.

Ook gegevens over andere aspecten van het fysiotherapeutisch hulpverleningsproces worden overeenkomstig in beide projecten geregistreerd. Zo worden persoonskenmerken van de patiënten, zoals leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en beroep, in beide registraties genoteerd, evenals de indicaties waarvoor patiënten voor fysiotherapie zijn verwezen. Daarnaast wordt ook op het gebied van de fysiotherapeutische behandeling (behandelvormen en behandeldoelen) een vergelijkbare registratie gevoerd.

Ontwikkeling RFEG

Op basis van de vraagstellingen uit het BEEF-onderzoek en de opgedane ervaringen tijdens het NIVEL-onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' is een registratieformulier ontworpen dat door de deelnemende fysiotherapeuten dient ingevuld te worden. De constructie van de elementen van het registratieformulier die betrekking hebben op de werkdiagnose van de fysiotherapeut, is afgestemd op de overeenkomstige gedeelten van het BRSPZ-formulier van SWSF. Vervolgens is het concept-registratieformulier getest. Een drietal fysiotherapeuten heeft gedurende zes weken het formulier ingevuld en voorzien van opmerkingen. De kritiek had zowel betrekking op de inhoud als de vorm van de vragen. Daarnaast is een betrouwbaarheidsonderzoek uitgevoerd in twee praktijken (Van Triet e.a., 1989). In elk van de twee praktijken namen twee fysiotherapeuten aan

het onderzoek deel. In elke praktijk onderzochten de twee deelnemende fysiotherapeuten onafhankelijk van elkaar een serie van vijftig patiënten en noteerden de gegevens op het formulier. Bekeken werd in hoeverre de geregistreerde gegevens van de paren fysiotherapeuten overeenstemde.

De betrouwbaarheid was in het algemeen redelijk tot goed te noemen. Daar waar de betrouwbaarheid te wensen overliet is tot aanpassing van het registratieformulier overgegaan. De voornaamste aanpassingen bestonden uit een minder gedetailleerd vastleggen van de rubrieken van de werkdiagnose. Zo wordt de ernst van de stoornissen momenteel vastgelegd in een driepuntsschaal (geen, matig en ernstig), terwijl voorheen een zespuntsschaal werd gehanteerd.

Conclusie:

Zowel het BRSPZ/BRF als het RFEG verzamelen gegevens over het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces. Daarbij bedienen zij zich van registratieformulieren die gebaseerd zijn op hetzelfde conceptuele kader, de ICDH. Bij de ontwikkeling van het RFEG is afstemming nagestreefd op het BRSPZ. Met name op het belangrijke punt van de operationalisatie van de werkdiagnose op het gebied van stoornissen en beperkingen is de lijn gevolgd die het BRSPZ heeft uitgezet. De doelstellingen van beide onderzoeksprojecten lopen echter niet parallel. Derhalve is de aard van hun activiteiten dermate verschillend dat verschillende registratieformulieren noodzakelijk zijn. Deze registratieformulieren blijven op onderdelen vergelijkbaar. In dit verband kunnen worden genoemd: de werkdiagnose van de fysiotherapeut, patiëntkenmerken, verwijsindicaties en gegevens over de fysiotherapeutische behandeling.

Overigens hoeft met een vergelijking op bovengenoemde raakvlakken de relatie tussen beide onderzoeken niet op te houden. Er zijn tal van mogelijkheden om de wederzijdse resultaten te verhogen. Zo kunnen door het RFEG verzamelde behandelgegevens voor het FON aanleiding zijn tot het onderzoeken van specifieke behandelingsmethodieken en kunnen gegevens betreffende het voorkomen van bepaalde patiëntencategorieën gevolgen hebben voor het (na)scholingsbeleid voor fysiotherapeuten.

APPENDIX 2

**RELATIE TUSSEN HET FYSIOTHERAPIE INFORMATIEMODEL EN HET REGISTRATIE-
FORMULIER VAN HET PROJECT BELEIDSGERICHT EVALUATIE- EN EFFECTONDER-
ZOEK FYSIOTHERAPIE**

1. INLEIDING

Deze korte notitie beschrijft de relatie tussen, enerzijds, het Fysiotherapie Informatiemodel (FIM) dat ontwikkeld wordt door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie en, anderzijds, het registratiesysteem dat ontwikkeld is in het kader van het project Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek Extramurale Fysiotherapie. We zullen dat doen vanuit de beschrijving van de doelstelling van zowel FIM als BEEF en vanuit de opsomming van gegevens die door beide projecten overeenkomstig worden onderscheiden.

2. DOELSTELLING VAN HET FIM-PROJECT

'Het Fysiotherapie Informatiemodel is een referentie informatie-model; het geeft een blauwdruk van de informatiestromen binnen de fysiotherapie in de intra- en extramurale gezondheidszorg' (Heerkens e.a., 1988).

De toevoeging 'referentie' in de omschreven formulering duidt aan dat het FIM van toepassing is op alle organisaties waarbinnen fysiotherapeutische zorg geleverd wordt. Het is voor het FIM dus niet van belang in welke sector van de gezondheidszorg men fysiotherapie bedrijft. Voorts is het van belang op te merken dat een model een abstracte weergave van de werkelijkheid is, wat nog eens benadrukt wordt door het woord 'blauwdruk' in het hierboven aangehaalde citaat.

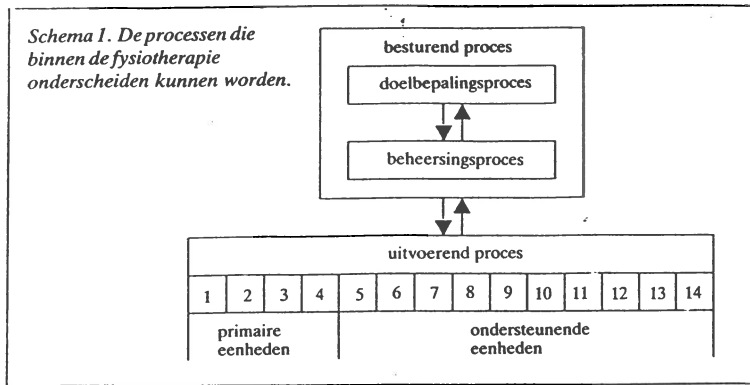
Het referentiemodel bestaat uit verschillende elementen:

- een procesmodel en
- een gegevensmodel.

Uitgangspunt om de relatie tussen FIM en registratieformulier van BEEF te verduidelijken is een vergelijking van het gegevensmodel van FIM en BEEF. Maar eerst gaan we na, door middel van een beschrijving van het procesmodel, op welke entiteiten de vergelijking betrekking heeft.

Het procesmodel

Zoals de naam al doet vermoeden beschrijft het procesmodel processen die binnen de fysiotherapie onderscheiden kunnen worden. Schema 1 geeft dit weer.



Bron: Heerkens e.a., 1988^a

Het procesmodel is nader ingevuld. Er is een lijst van activiteiten gemaakt, die in het besturend en uitvoerend proces door fysiotherapeuten worden ondernomen. De informatiebehoeften, behorend bij een goede uitvoering van die activiteiten, zijn in kaart gebracht. Bepaald is welke gegevens een rol spelen om aan de geformuleerde informatiebehoefte tegemoet te komen. Naast gegevens die men nodig heeft om te voldoen aan de informatiebehoeften van de verschillende activiteiten ontstaan er binnen een organisatie ook voortdurend nieuwe gegevens op over de patiënt, zoals gegevens over zijn aandoening en klacht(en), zijn persoonlijke omstandigheden, e tc. (Heerkens e.a., 1988^b). Voorts zijn signalerende grootheden, verklaringen, hoofddoelstelling, beleidsuitgangspunten en gewenste situaties onderkend. Deze zijn echter voor deze notitie niet van belang vanwege de doelstelling van BEEF. Blijken zal dat de relatie tussen FIM en BEEF duidelijk gemaakt kan worden met slechts een deel van het procesmodel. De reden hiervan maakt paragraaf 4 duidelijk.

3. DOELSTELLING VAN HET BEEF-PROJECT

BEEF beoogt vanuit epidemiologisch perspectief patiënten te beschrijven die gebruik maken van fysiotherapeutische zorg (in de extramurale gezondheidszorg) en de aard van de zorg die deze patiënten krijgen. In samenspraak met de Stichting Wetenschappelijk en Scholing Fysiotherapie (FON-project, zie appendix 1) is hiertoe een registratieformulier ontwikkeld waarop gegevens over de patiënten en de behandeling kunnen worden opgetekend. Binnen het registratie-

formulier kunnen grofweg zes rubrieken worden onderscheiden:

- algemene gegevens;
- klachten;
- werkdiagnose, stoornissen;
- werkdiagnose, beperkingen;
- behandelplan;
- overige.

4. RELATIE TUSSEN FIM EN BEEF

Het FIM is 'breed' en abstract, terwijl het registratieformulier 'diep' en concreet is. Dit wordt duidelijk gemaakt in deze paragraaf. Beide projecten zijn gelijktijdig ontwikkeld. Als het FIM eerder zou zijn ontwikkeld dan BEEF en het FIM zou zijn gebruikt voor de ontwikkeling van BEEF zou de relatie tussen beide projecten eenduidiger zijn. Zo'n aanpak zou dan een toepassing zijn van het gebruik van een abstract referentie-informatiemodel voor een concrete situatie vanuit een epidemiologische doelstelling en de daaruitvolgende specifieke informatiebehoeften.

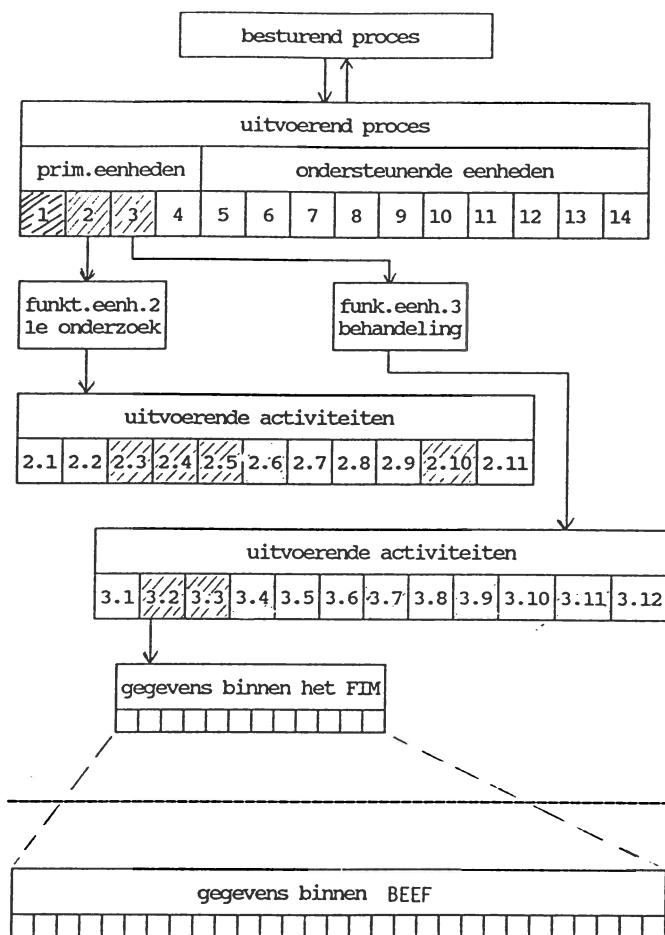
We vangen de beschrijving van de relatie op globaal niveau aan vanuit een grafische weergave (zie volgende pagina).

Het plaatje poogt duidelijk te maken dat gegevens die binnen BEEF een plaats vinden, een deelverzameling zijn van de gegevens die in het FIM zijn geïnterpreteerd.

Op niveau van de activiteitenlijst zijn slechts de primaire eenheden van het FIM van belang die omschreven worden als instroom (hokje 1), eerste onderzoek (hokje 2) en behandeling (hokje 3). Ook binnen die twee categorieën is het FIM completer dan BEEF. De deelverzameling van het FIM die van belang is voor BEEF is gearceerd aangegeven. Op de scheidslijn tussen FIM en BEEF is duidelijk gemaakt dat gegevens binnen het FIM niet altijd één op één relateren aan gegevens binnen BEEF. Dit vloeit voort uit de specifieke doelstellingen van beide projecten. In het FIM worden veel meer activiteiten omschreven dan in BEEF, vandaar dat het FIM breed is. In BEEF worden activiteiten nader uitgesplitst, vandaar dat BEEF diep is.

In het BEEF-registratiesysteem gaat het om gegevens die in de verschillende fases van het zorgproces worden gegenereerd. Deze gegevens worden door de deelnemende fysiotherapeuten geregistreerd. Alhoewel wij niet primair geïnteresseerd zijn in het procesmodel zelf,

Schema 2: Grafische weergave van de relatie tussen FIM en BEEF be-
zien vanuit het standpunt van het FIM



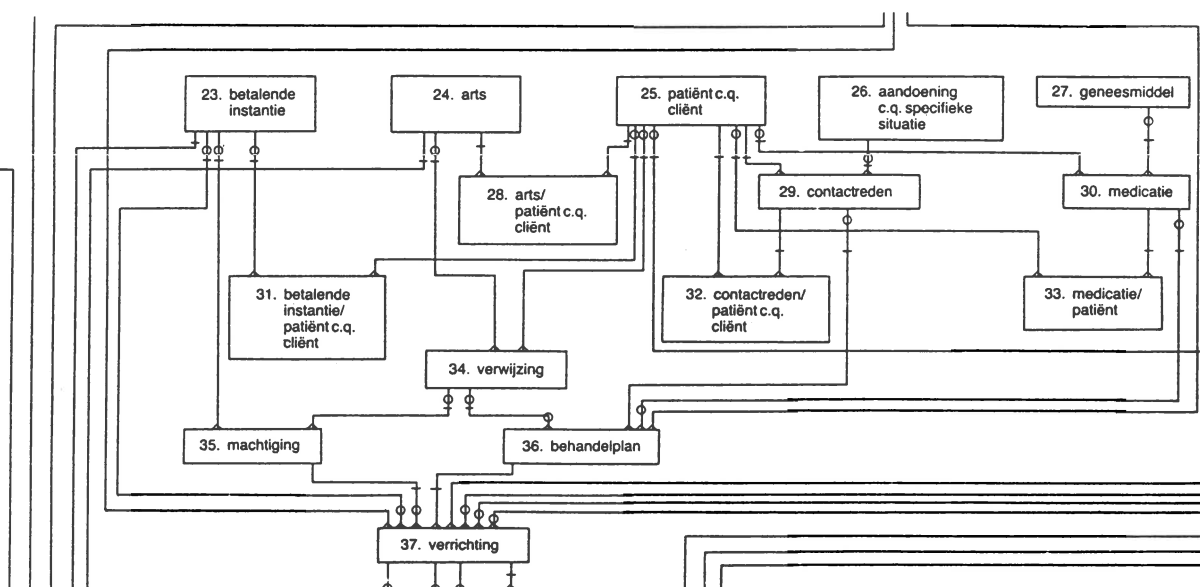
Vrij naar Heerkens, 1988

maar veel meer in de gegevens (die tijdens het proces gegenereerd worden, kan het procesmodel gebruikt worden om in kaart te brengen op welke entiteiten de gegenereerde gegevens betrekking hebben.

Uit de beschouwing van het procesmodel komt naar voren dat de volgende entiteiten een rol spelen:

- arts;
- patiënt c.q. cliënt;
- contactreden;
- medicatie;
- verwijzing;
- behandelplan;
- verrichting;
- thuisadviezen.

Schema 3: Deel van het conceptueel gegevensmodel van het FIM



Bron: Heerkens e.a. 1989

Vergelijken we deze entiteiten met de rubrieken van het BEEF-registratiesysteem dan blijkt dat ook rubrieken en entiteiten niet één op één met elkaar verbonden zijn.

Op pagina 7 tot en met 12 is aangegeven welke attributen aan de entiteiten door FIM worden onderscheiden en welke daarvan in BEEF worden verzameld.

Conclusie

Het FIM is een veelomvattend project. De gegevens die verzameld worden in BEEF zijn slechts een deelverzameling van de gegevens die verzameld en, belangrijker nog, gegenereerd worden in het FIM. Over de beperkte deelverzameling worden in BEEF meer gegevens verzameld dan in het FIM.

De entiteiten die in beide informatiesystemen worden onderscheiden zijn niet één op één aan elkaar gerelateerd. Dit kan ook niet, gegeven de volgordelijke ontwikkeling beider projecten.

5. LITERATUUR

- HEERKENS, Y.F. Het FON- en FIM-project en hun onderlinge relatie; notitie voor de Stuurgroep van het FIM. Amersfoort, SWSF, 1988
- HEERKENS, Y.F., A.C. BEEFTINK, C.M.F. VAN DEN HEUVEL, K. LAKERVELD-HEYL, A.A.G. vlierhuis. Uitvoerende activiteiten binnen de Fysiotherapie: Een eerste stap in de bouw van het fysiotherapie-informatiemodel (FIM). Amersfoort, Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 98, 10, 1988^a, p.219-233
- HEERKENS, Y.F., A.C. BEEFTINK, C.M.F. VAN DEN HEUVEL, K. LAKERVELD-HEYL en A.A.G. VLIERHUIS. Het belang van informatievoorziening (2): de rol van het fysiotherapie-informatiemodel (FIM). Amersfoort, Nederlands Tijdschrift voor de Fysiotherapie; 98, 10, 1988^b, p.244-228
- HEERKENS, Y.F., A.A.G. VLIERHUIS, A.C. BEEFTINK, C.M.F. VAN DEN HEUVEL, K. LAKERVELD-HEYL. Fysiotherapeuten Informatie Model. Zwolle, Zijl-Offset, 1989

FIM instroom: aannemen aanmelding (act. 1.1)		BEEF
gegenereerde gegevens	entiteitnaam	rubriek
geg. aanmelding patiënt c.q. cliënt	contacteden	klachten
algemene patiënt c.q. cliëntgegevens	patiënt c.q. cliënt	algemene gegevens
wensen van patiënt c.q. cliënt t.a.v. behandeling	patiënt c.q. cliënt	n.v.t.
relevante medische gegevens van patiënt c.q. cliënt	contactreden	klachten
	medicatie	klachten
verwijsgegevens patiënt	verwijzing	klachten
gegevens eerdere behandelseries van de patiënt c.q. cliënt binnen de therapieorganisatie	behandelplan	behandelplan

FIM 1 ^e onderzoek: verzamelen etc. beschikbare informatie (act. 2.3)		BEEF
gegenereerde gegevens	entiteitnaam	rubriek
medische gegevens van de patiënt	contactreden medicatie	klachten klachten
verwijsgegevens van de patiënt	verwijzing arts	klachten klachten
gegevens voorlopige inschatting behandeling/situatie patiënt	contactreden	n.v.t.
overleg gegevens met verwijzer	activiteitenresult. activiteit	n.v.t. n.v.t.
gegevens eerdere behandeling van de patiënt binnen de fysiotherapie-organisatie	behandel- c.q. cursus res. verrichting behandelplan	n.v.t. n.v.t. n.v.t.

FIM 1 ^e onderzoek: afnemen van anamnese (act. 2.4)		BEEF
gegenereerde gegevens	entiteitnaam	rubriek
gegevens over de wijze van verzekering c.q. betaling patiënt	patiënt c.q. cliënt	algemeen
medische gegevens van de patiënt	patiënt c.q. cliënt contactreden	klachten klachten
gegevens medicijngebruik patiënt	medicatie	klachten
gegevens wettelijke vertegenwoordiger patiënt	patiënt c.q. cliënt	n.v.t.
gegevens familielid/partner waarmee fysiotherapeut te maken krijgt	patiënt c.q. cliënt	n.v.t.
overige voor de behandeling relevante gegevens van patiënt	patiënt c.q. cliënt	algemeen

FIM 1 ^e onderzoek: doen van fysiotherapeutische onderzoek (act. 2.5)		BEEF
gegenereerde gegevens	entiteitnaam	rubriek
gegevens observatie patiënt	contactreden	werkdiagnose- beperkingen
gegevens actief en passief bewegingsonderzoek patiënt	contactreden	werkdiagnose- stoornissen
gegevens specifieke testen patiënt	contactreden	werkdiagnose- stoornissen
gegevens palpatie patiënt	contactreden	werkdiagnose- stoornissen

FIM 1 ^e onderzoek: opstellen van behandelplan (act. 2.10)		BEEF
gegenereerde gegevens	entiteitnaam	rubriek
gegevens behandelplan van de patiënt	behandelplan	behandelplan
overleg gegevens met verwijzer	activiteiten resultaat	n.v.t.
	activiteit	n.v.t.
overleg gegevens met fysiotherapeuten/hulpverleners binnen organisatie	activiteiten resultaat	n.v.t.
	activiteit	n.v.t.
overleg gegevens met fysiotherapeuten/hulpverleners binnen organisatie	activiteiten resultaat	n.v.t.
	activiteit	n.v.t.

FIM 1 ^e onderzoek: uitvoeren van fysiotherapeutische behandelvormen (3.2)		BEEF
gegenereerde gegevens	entiteitnaam	rubriek
gegevens behandelsessie van patiënt	verrichting	behandelplan

FIM 1 ^e onderzoek: geven van patiëntvoorlichting (3.3)		BEEF
gegenereerde gegevens	entiteitnaam	rubriek
gegevens oefeningen voor thuis	thuis-adviezen	behandelplan
gegevens adviezen voor thuis	thuis-adviezen	behandelplan