

Jaarboek LiPZ 2002
Deel 1: beroepsgroep fysiotherapie

R. Wimmers
I. Swinkels
M. de Konink
D. de Bakker
E. van den Ende



ISBN 90-6905-631-3

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Leeswijzer	6
Samenvatting en beschouwing	7
1 Inleiding	15
1.1 Inleiding	15
1.2 Wat is LiPZ?	15
1.3 Basisonderzoeksvragen	16
1.4 Werkwijze	17
1.4.1 Kwaliteitscontrole	18
1.5 Onderzoeksgroepen	19
1.6 Representativiteit LiPZ-netwerk fysiotherapie	21
2 Patiëntkenmerken	23
2.1 Inleiding	23
2.2 Patiëntkenmerken	23
3 Verwijzing	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Verwijzer	29
3.3 Verwijsdiagnosen	30
4 Gezondheidsprobleem	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Kenmerken klachten	33
4.3 Gebruik beroepsspecifieke richtlijnen	36
4.4 Andere of eerdere zorg	38
5 Behandeling	41
5.1 Inleiding	41
5.2 Behandeldoelen	42

5.3	Verrichtingen	46
5.4	Aantal zittingen per afgeronde behandelperiode	48
5.4.1	Aantal zittingen naar patiëntkenmerken	50
5.4.2	Aantal zittingen naar verwijstdiagnosen	51
5.4.3	Aantal zittingen naar behandeldoelen	52
5.5	Aantal zittingen per afgeronde behandelperiode naar kort- en langdurige behandelperiodes	53
5.5.1	Indeling aantal zittingen naar behandelduur	54
5.6	Behandelduur per afgeronde behandelperiode	55
5.6.1	Behandelduur naar patiëntkenmerken	56
5.6.2	Behandelduur naar verwijstdiagnosen	58
5.6.3	Behandelduur naar behandeldoelen	59
5.7	Prestatiecode	60
6	Evaluatie	63
6.1	Inleiding	63
6.2	Reden einde zorg	64
6.3	Resultaat met betrekking tot doel	65
6.4	Verslag naar de verwijzer	69
	Referenties	70
	Bijlage 1	71
	Bijlage 2	87
	Bijlage 3	95

Voorwoord

Voor u ligt het tweede Jaarboek LiPZ. Hierin worden de resultaten uit het LiPZ-project beschreven voor de beroepsgroep fysiotherapie. Het LiPZ-project wordt uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ). Ten behoeve van het project is er een Stuurgroep opgericht. In deze Stuurgroep hebben zitting:

prof. dr. W.J.H.M. van den Bosch (voorzitter);

namens het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie:

- drs. P. van der Wees;

- dhr. B. de Berg;

namens de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck:

- mw. M.B. Schulte;

namens de Vereniging Bewegingsleer Cesar:

- mw. drs. H.C. Hasper;

namens Zorgverzekeraars Nederland:

- dhr. A.L.J.E. Martens;

- dhr. Mr. R. van der Worp.

Daarnaast zijn adviseurs aanwezig bij de bijeenkomsten van de Stuurgroep:

namens het College voor Zorgverzekeringen:

- dr. W.H. Salzmans;

namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:

- drs. P.S.B. Boom;

- mw. L. Venetien;

namens de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen
Ambtenaren:

- drs. W.M. Wolter;

namens het College Tarieven Gezondheidszorg:

- drs. H. van Vliet.

Wij danken de inzet van alle deelnemende therapeuten, zonder wie dit project niet tot stand was gekomen.

NIVEL, 2003

Leeswijzer

Dit jaarboek wordt voorafgegaan door een zelfstandig leesbare samenvatting, waarin de resultaten worden bediscussieerd.

Het eerste hoofdstuk van dit jaarboek beschrijft in het kort de achtergronden, doelstellingen en methode van het LiPZ-netwerk. Aangeraden wordt van dit hoofdstuk paragraaf 6 te lezen voor een juiste interpretatie van de gegevens.

Geïnteresseerden in een uitgebreide verantwoording van de opzet en dataverwerking van het LiPZ-netwerk wordt aanbevolen jaarboek LiPZ 2001 (1) te lezen.

In de hoofdstukken 2 tot en met 6 van het huidige jaarboek worden de belangrijkste resultaten beschreven aan de hand van grafische weergaven.

Het jaarboek bevat drie bijlagen. In bijlage 1 wordt de inhoud van de gegevensverzameling weergegeven; een uitgebreide verantwoording van de representativiteit is weergegeven in bijlage 2; in bijlage 3 tot slot is een tabellenboek opgenomen, met daarin alle gevonden resultaten.

Samenvatting en beschouwing

In dit rapport wordt voor het eerst verslag gedaan van de volledige gegevensverzameling voor de beroepsgroep Fysiotherapie. De registratieperiode waarover gerapporteerd wordt, loopt van april 2001 tot mei 2003.

In de registratieperiode zijn er van 12.000 patiënten met een reguliere behandeling fysiotherapie zorggerelateerde gegevens verzameld. Het blijkt dat het merendeel van de groep patiënten, die in 2002 verwezen is naar een fysiotherapeut, vrouw is (60%). Bijna driekwart (72%) van de patiënten is ziekenfondsverzekerd en 40% van de patiënten valt in de leeftijddrage van 35 tot 54 jaar. Ruim 20% van de patiënten is ouder dan 65 jaar. De gemiddelde leeftijd is 49 jaar. Particulier verzekerde patiënten zijn vaker van het mannelijke geslacht en hoger opgeleid dan de ziekenfondsverzekerde patiënten.

De huisarts is met ongeveer 91% de meest voorkomende verwijzer naar fysiotherapie. Als er sprake is van een verwijzing door een medisch specialist is dat vaak een orthopeed. De top 10 van verwijfsdiagnosen beslaat 60% van alle verwijfsingen. Het betreft vooral rug, nek en schouderklachten. Met 15% is de diagnose 'lage rugpijn zonder uitstraling' de nummer één verwijfsing. Bij 11% van de patiënten wordt aangegeven dat de aandoening of klacht van de patiënt voorkomt op de door de Minister van VWS uitgegeven lijst voor langdurige of intermitterende therapie.

Een derde van de patiënten van de fysiotherapeut heeft een recidiverende klacht. De helft van de patiënten heeft bij aanvang van de behandelingsperiode langer dan één week, maar korter dan drie maanden klachten. Opvallend is dat er ook een aanzienlijk percentage patiënten langer dan twee jaar klachten heeft voordat ze zich onder behandeling stellen van een fysiotherapeut. Ruim 38% van de patiënten is reeds in de twee jaar voorafgaand aan de behandeling onder behandeling geweest door een fysiotherapeut voor dezelfde klacht of voor een andere klacht.

Voor de fysiotherapie zijn er 11 beroepsspecifieke richtlijnen beschikbaar. In minder dan tien procent van alle patiënten is door de therapeut aangegeven dat een beroepsspecifieke richtlijn gevolgd zal worden. Voor het merendeel is dat de richtlijn 'Lage rugpijn' (5%). Opgemerkt moet worden dat het

merendeel van de richtlijnen slechts van toepassing is bij een relatief kleine groep patiënten welke een fysiotherapeut in zijn dagelijkse praktijk tegenkomt.

De hoofddoelen van de behandeling worden in meer dan de helft van de behandelperioden op zowel activiteiten- als op functieniveau gelegd. Indien er slechts één hoofddoel aangegeven wordt, betreft dat vaker een doel op het niveau van lichaamsfuncties dan op het niveau van activiteiten. Veel voorkomende behandeldoelen op activiteitsniveau zijn handelingen met betrekking tot voortbewegen en houding. Op het niveau van lichaamsfunctie zijn de behandeldoelen met name gericht op de mobiliteitsfuncties, spierfuncties en pijn. De top 10 combinaties van behandeldoelen beslaat bijna 60% van alle combinaties van behandeldoelen.

De behandeling en het resultaat

De fysiotherapeutische behandeling bestaat met name uit het sturen en oefenen van functies (63%), masseren (41%) en het manueel teweeg brengen van bewegingen (33%). Daarnaast worden begeleidende verrichtingen (28%) en het sturen en oefenen van vaardigheden frequent toegepast (24%). Het uitvoeren van behandelingen in groepsverband komt nagenoeg niet voor.

De gemiddelde behandelperiode bestaat uit 11,2 (sd 9,8) zittingen met een gemiddelde duur van rond de acht weken. Bij 90% van de patiënten wordt de behandelperiode binnen zes maanden afgesloten met maximaal 18 zittingen. De behandelperiode van particulier verzekerden patiënten bestaat over het algemeen uit minder zittingen (gemiddeld 9,8) en duurt iets korter. Zowel bij particulier verzekerden als bij ziekenfondsverzekerden komt het eenmalig consult nagenoeg niet voor.

Als reden voor het beëindigen van de zorg is bij de meerderheid van de patiënten aangegeven dat de cliënt is uitbehandeld. De behandeldoelen worden bij ruim 75% van de patiënten driekwart tot volledig bereikt. 65% van de patiënten bij wie de behandeldoelen niet bereikt zijn, heeft één tot zes zittingen gehad. Een evaluatieverslag naar de verwijzer vindt bij bijna 40% van de patiënten plaats binnen twee weken na de afsluiting van de behandelperiode.

Determinanten van de omvang van de zorg

Het gemiddelde aantal zittingen en de gemiddelde duur van een behandel-episode worden significant beïnvloed door de demografische kenmerken. Over het algemeen worden vrouwen en ouderen iets vaker en langer behandeld. Daarnaast is de omvang van de zorg groter bij ziekenfondsverzekerde patiënten die lager opgeleid zijn, verwezen zijn door een specialist of langdurige of recidiverende klachten hebben. Er zijn enige verschillen in het gemiddeld aantal zittingen en de duur van de behandel-episode per verwijfsdiagnose binnen de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen. Het gemiddeld aantal zittingen loopt uiteen van 13,3 (sd 9,1) ('Schouderndroom/PHS') tot 9,3 (sd 7,0) ('Symptomen / klachten (dij)been'). De uitsplitsing van het gemiddeld aantal zittingen en de duur naar de tien meest voorkomende combinaties van behandel-doelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau laat een iets grotere variatie zien. Patiënten met de combinatie 'handelingen gebruik arm/hand' en 'mobiliteitsfuncties' hebben gemiddeld de meeste zittingen (15,3). Patiënten met alleen het hoofddoel 'handelingen houding veranderen' hebben gemiddeld het minste aantal zittingen (9,6).

Kortdurende versus langdurige behandel-episodes

Naast de rapportage van de "reguliere" patiënten wordt in het jaarboek ook gerapporteerd over verschillen tussen de groep patiënten met een "langdurige behandel-episode" en de groep patiënten met een "kortdurende behandel-episode". De groep patiënten met een langdurige behandel-episode omvat 8% van de totale populatie. Onder langdurig wordt verstaan een behandel-episode die tenminste zes maanden duurt. Over het algemeen worden klachten die langer duren dan zes maanden als "chronisch" gedefinieerd.

Patiënten met een langdurige behandel-episode zijn iets ouder en vaker van het vrouwelijk geslacht dan de patiënten met een kortdurende behandeling. Bij patiënten met een langdurige behandel-episodes is het aandeel aan-doeningen dat voorkomt op de door de Minister van VWS uitgegeven lijst voor langdurige of intermitterende therapie hoog (49%) ten opzichte van de groep patiënten met een kortdurende behandeling (6%). De top 3 van meest voorkomende verwijfsdiagnosen zijn bij beide populaties hetzelfde. Diagnosen die alleen in de groep patiënten met een langdurige behandel-episode in

de top tien voorkomen, zijn: 'reumatoïde artritis', 'CVA', 'gevolgen prothese', 'emfyseem/COPD' en 'spierpijn'.

Bij patiënten met een langdurige behandel-episode is vaker sprake van een recidiverende klacht. Daarnaast heeft ruim de helft van de patiënten een klacht die al langer dan twee jaar bestond en hebben zij vaker eerdere fysiotherapie of oefentherapie gehad voor dezelfde of andere klachten in de afgelopen twee jaar.

Met betrekking tot de behandel-doelen zijn de patiënten met een kort- en langdurige behandel-episoden nagenoeg aan elkaar gelijk. Opvallende verschillen zijn dat patiënten met een langdurige behandel-episode vaker een hoofdbehandel-doel hebben dat gericht is op bewegingsfuncties en dat bij patiënten met een kortdurende behandel-episoden het hoofddoel meer gericht is op pijn.

Conform de verwachting worden patiënten met een langdurige behandel-episode vaker behandeld dan patiënten met een kortdurende behandel-episode. De patiënten worden vaker thuis of in een instelling behandeld. Het gemiddelde aantal zittingen bedraagt respectievelijk voor de kort- en langdurigen 10,0 en 46,0 zittingen. Het gemiddelde aantal zittingen bij de patiënten met een langdurige behandel-episode is een onderschatting omdat bij 70% van deze patiënten de behandel-episode nog niet is afgesloten.

Beschouwing en Discussie

In dit rapport wordt voor de eerste maal over de volledige set van gegevens die door het LiPZ-netwerk wordt verzameld, gerapporteerd. De resultaten geven een genuanceerd inzicht in de inhoud van de fysiotherapeutische zorg in de extramurale gezondheidszorg. Een aantal bevindingen zijn opvallend en worden bediscussieerd.

Uit de resultaten komt naar voren dat de fysiotherapeutische zorg in omvang en duur een grote variatie kent. Bij 10% van de patiënten is de behandeling binnen 3 zittingen afgerond, bij een kleine 3% van de patiënten bestaat de behandel-episode uit meer dan 50 zittingen. In de huidige rapportage is een onderscheid gemaakt tussen patiënten met een langdurige behandel-episode (> 6 maanden) en patiënten met een kortdurende behandel-episode. Opmerkelijk is dat de groep patiënten die langdurige zorg behoeven niet exclusief uit

zogenaamde ‘lijstpatiënten’¹ bestaat, bij slechts de helft is dit het geval. Hieruit blijkt dat ook niet-lijstpatiënten in een aantal gevallen langdurige zorg behoeven.

Een langdurige behandelingsperiode betekent overigens niet dat de geleverde zorg niet doelmatig zou zijn, uit de omvang en/of duur van de zorg is dit niet zonder meer af te leiden. Door een langdurige begeleiding/ behandeling van de fysiotherapeut kan mogelijk een verlies van (zelfstandig) functioneren worden voorkomen. Wel is het van belang dat de motivatie om kort of lang te behandelen transparant is. Er zijn enige verschillen tussen patiënten met kortdurende zorg en patiënten met langdurige zorg, deze verschillen zijn echter niet heel groot. Deze geringe verschillen duiden erop dat de transparantie ten aanzien van de omvang verbeterd zou kunnen worden. Het is mogelijk dat een combinatie van verschillende factoren een meer voorspellende waarde heeft voor de omvang van de zorg dan het gebruik van een enkele factor. Deze veronderstelling is niet in dit rapport onderzocht.

Richtlijnen zijn belangrijke instrumenten om uniformiteit en transparantie van zorg te verkrijgen. De eerste richtlijn in de fysiotherapie is in 1998 geïntroduceerd. Op dit moment zijn er 11 richtlijnen beschikbaar, een deel van deze richtlijnen is pas recentelijk gepubliceerd. Uit de resultaten blijkt dat bij 8% van alle patiënten de fysiotherapeut heeft aangegeven dat een bepaalde richtlijn gevolgd zal worden². Er bestaat geen zicht op welk percentage van het patiëntenaanbod in de extramurale gezondheidszorg deze richtlijnen betrekking hebben, schattingen lopen afhankelijk van het moment van de schatting uiteen van maximaal 7% (2) tot 20-25% (3). Patiënten met lage rugpijn vormen de belangrijkste categorie van patiënten in de extramurale fysiotherapie. Bij ruim eenderde van de patiënten verwezen vanwege lage

¹ Op grond van de beperkende maatregel is een indeling te maken in ‘lijst’ en ‘niet-lijstpatiënten’. De beperkende maatregel houdt in dat het basispakket van het ziekenfonds een beperkt aantal zittingen fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck vergoedt. Patiënten die een aandoening hebben die voorkomt op een door de Minister van VWS uitgegeven lijst voor langdurige of intermitterende therapie en voldoen aan de criteria van deze lijst (ofwel ‘lijstpatiënten’), worden hiervan uitgezonderd

² Dit cijfer geeft op zeer indirecte wijze inzicht in de mate van implementatie van richtlijnen. Het gegeven dat een fysiotherapeut aangeeft een bepaalde richtlijn te zullen gaan volgen, is nog geen bewijs dat hij deze daadwerkelijk toepast. Omgekeerd betekent het gegeven dat een fysiotherapeut aangeeft de richtlijn bij een patiënt niet te zullen volgen niet, dat de richtlijn (op onderdelen) toegepast zou worden.

rugpijn zonder uitstraling heeft de betreffende fysiotherapeut aangegeven de richtlijn te zullen volgen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de richtlijn niet voor alle patiënten met lage rugpijn van toepassing wordt geacht. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen welke beweegredenen ten grondslag liggen aan het wel of niet toepassen van een richtlijn bij een bepaalde patiënt. Deze informatie is nodig om de verdere implementatie van richtlijnen te optimaliseren en bij een eventuele actualisatie van de richtlijn in de toekomst. In een vervolgstudie met behulp van LiPZ-gegevens zal op dit onderwerp dieper worden ingegaan.

Fysische verrichtingen vormen bij een minderheid van de patiënten een van de belangrijkste verrichtingen, bij ongeveer 1 op de 6 patiënten is dit het geval. In 1997, ten tijde van de evaluatie van de beperkende maatregel, werd fysische therapie bij bijna de helft van de patiënten toegepast (4). Hoewel de vraagstellingen van beide onderzoeken niet geheel vergelijkbaar zijn, suggereren deze resultaten dat het toepassen van fysische verrichtingen is afgenomen. Deze daling is een mogelijk gevolg van het advies van de Gezondheidsraad over fysische techniek in 1999 (5). Hierin werd geconcludeerd dat ruime toepassing van fysische techniek in de fysiotherapeutische praktijk niet gerechtvaardigd is.

Het veelvuldig toepassen van verrichtingen zoals massage en het sturen en oefenen van functies duidt op een enigszins traditionele aanpak van de behandeling. Binnen de beroepsgroep bestaat er een discussie over de vraag of het oefenen van functies direct leidt tot een verbetering op het niveau van dagelijkse activiteiten. De opvatting is dat de voorkeur gegeven zou moeten worden aan het oefenen en sturen van vaardigheden. Uit de resultaten blijkt dat op dit moment bij een kwart van de patiënten het sturen en oefenen van vaardigheden als een van de belangrijkste verrichtingen wordt genoemd.

De mogelijkheid van artsen om patiënten te verwijzen voor een fysiotherapeutisch consult is 1 januari 2001 geïntroduceerd. Uit de gegevens van het LiPZ-netwerk blijkt dat van deze mogelijkheid slechts spaarzaam gebruik wordt gemaakt, het aantal consulten fysiotherapie betreft zowel in 2001 en 2002 minder dan 1% van het totale aantal patiënten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat artsen onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot een fysiotherapeutisch consult. Een andere mogelijke verklaring is dat artsen voldoende vertrouwen hebben in hun eigen kennis en vaardigheden ten aanzien van een indicatiestelling tot fysiotherapie. Het fysiothera-

peutisch consult sluit aan bij de toegenomen professionaliteit van de beroepsgroep. Het verdient aanbeveling aandacht te besteden aan de verdere implementatie van deze verwijsmogelijkheid.

In de komende jaren zijn er belangrijke ontwikkelingen in de fysiotherapeutische zorg te verwachten. Het LIPZ-netwerk zal het mogelijk maken de uitwerking van deze ontwikkelingen in de extramurale praktijk van fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck te volgen.

Een belangrijke ontwikkeling is de mogelijke invoering van directe toegankelijkheid tot fysiotherapie. Op een aantal plaatsen in Nederland wordt hiermee ervaring opgedaan. De mogelijkheid van directe toegankelijkheid sluit aan bij de professionalisering van de beroepsgroep. Het LiPZ-netwerk kan de gevolgen van deze maatregel voor de inhoud van fysiotherapeutische zorg in kaart brengen. Door middel van het LiPZ-netwerk kan inzicht worden verkregen in het percentage van patiënten dat zonder verwijzing van de huisarts onder behandeling van de fysiotherapeut komt. Daarnaast zal het LiPZ-netwerk inzicht bieden in mogelijke verschillen in omvang en de inhoud van de fysiotherapeutische zorg tussen patiënten met en zonder verwijzing van de huisarts. Ook zouden de gevolgen van directe toegankelijkheid voor de huisartsenzorg onderzocht kunnen worden door LiPZ-gegevens en gegevens gegenereerd door LiNH (Landelijk informatie Netwerk Huisartsenzorg) te vergelijken. Hierdoor wordt het mogelijk een eventuele verschuiving tussen de zorg geleverd door huisartsen en de zorg geleverd door fysiotherapeuten als gevolg van directe toegankelijkheid te onderzoeken.

Ook de invloed van andere maatregelen kunnen door het LiPZ-netwerk gevolgd worden. Op dit moment is de discussie rond de basisverzekering weer actueel; de verwachting is dat fysiotherapie in het basispakket beperkt blijft tot bepaalde groepen van patiënten, bijvoorbeeld kinderen en patiënten met chronische aandoeningen. Verder krijgen bedrijfsartsen per 1 januari 2004 de mogelijkheid om patiënten naar fysiotherapie te verwijzen. Tot slot kan het LiPZ-netwerk een signalerende functie hebben ten aanzien van mogelijke onderzoeksvragen in de fysiotherapie (6).

Naast een continue monitor waarin ontwikkelingen op het gebied van fysiotherapeutische en oefentherapeutisch zorg gevolgd kunnen worden biedt het netwerk ook een relatief flexibele structuur voor wetenschappelijke en beleidsgerelateerde vraagstellingen. Zowel beleidsmakers als wetenschappelijke onderzoekers kunnen –mits de Stuurgroep LiPZ daarmee instemt- voor algemene en specifieke vraagstellingen gebruik maken van de gegevens gegenereerd door het LIPZ-netwerk. Vooruitlopend op de (openbare) resultaten van dit rapport zijn er diverse verzoeken geweest voor het gebruik van LiPZ-data; zo heeft de Gezondheidsraad om informatie verzocht in de voorbereiding over haar advies over oefentherapie. De komende jaren zullen uitwijzen of het LIPZ-netwerk voorziet in de informatiebehoefte over de inhoud van de fysiotherapeutische zorg in de extramurale gezondheidszorg.

1 Inleiding

1.1 Inleiding

Voor u ligt Jaarboek LiPZ 2002. Hierin wordt voor het eerst verslag gedaan van de volledige gegevensverzameling van het project 'Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg' (LiPZ). Binnen dit project worden continue zorggerelateerde gegevens verzameld omtrent de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. In dit hoofdstuk wordt een kort overzicht gegeven van de achtergronden, de doelstellingen en de methode van het LiPZ-netwerk.

1.2 Wat is LiPZ?

De Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) is een netwerk van geautomatiseerde extramurale fysiotherapiepraktijken, praktijken voor oefentherapie Cesar en praktijken voor oefentherapie-Mensendieck. Het doel van het LiPZ-project is een representatieve, continue informatieverzameling van zorggerelateerde gegevens over de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. In het LiPZ-netwerk worden gegevens verzameld omtrent vijf elementen van het zorgproces, te weten patiënt, verwijzing, diagnose, behandeling en evaluatie.

Het LiPZ-netwerk is niet alleen van belang voor individuele beroepsbeoefenaren, maar ook voor beroepsverenigingen en beleidsmakers. Individuele beroepsbeoefenaren kunnen hun eigen handelen spiegelen aan de hand van LiPZ-gegevens. Beroepsverenigingen en beleidsmakers kunnen de gegevens gebruiken om hun beleid in de komende jaren af te stemmen. Gezien de continuïteit van het LiPZ-netwerk is het bovendien mogelijk om trendmatige veranderingen in de geboden zorg waar te nemen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan veranderingen ten gevolge van beleids-

maatregelen, zoals wijzigingen in het basispakket en directe toegankelijkheid binnen de eerstelijns zorg.

Tot slot biedt het LiPZ-netwerk de mogelijkheid om de kwaliteit van het handelen te toetsen. Zo kan er bijvoorbeeld met behulp van LiPZ-gegevens een indicatie worden verkregen omtrent de mate van overeenstemming tussen de geleverde zorg en de genormeerde zorg, zoals beschreven in richtlijnen.

1.3 Basisonderzoeksvragen

Het doel van het LiPZ-project is inzicht verkrijgen in het zorgproces van fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Hiervoor zijn rond de vijf elementen van het zorgproces (patiënt, verwijzer, diagnose, behandeling en evaluatie) onderzoeksvragen opgesteld:

1. Wat zijn de kenmerken van patiënten verwezen naar paramedische zorg?
2. Door welke medici en voor welke klachten/aandoeningen worden patiënten naar paramedische zorg verwezen?
3. Wat is er bekend over het 'gezondheidsprobleem' van de patiënt die verwezen wordt naar paramedische zorg?
4. Hoe ziet een paramedisch behandelplan er uit in termen van behandeldoelen, welke verrichting(en) is (zijn) uitgevoerd en wat is de werkelijke omvang van de behandelingsperiode?
5. Wat is het resultaat van de behandeling?

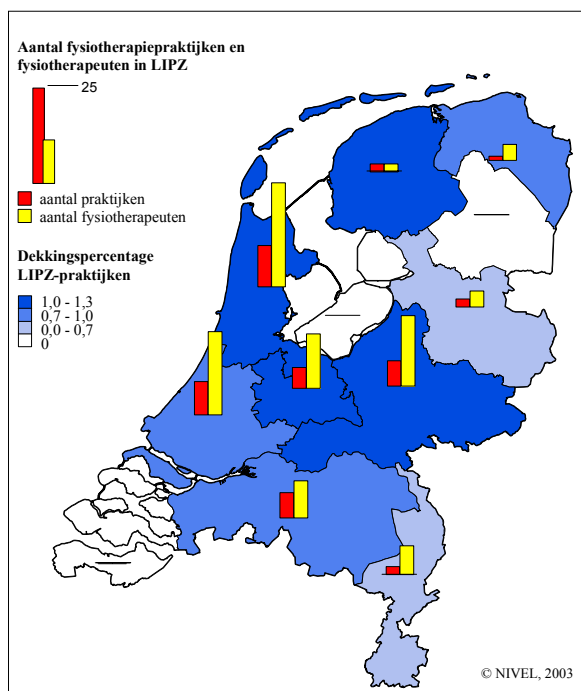
Bovenstaande vragen zullen niet alleen beantwoord worden voor de algemene populatie, maar er zal tevens een uitsplitsing gemaakt worden naar patiënten met een kortdurende behandelingsperiode (< zes maanden) en patiënten met een langdurige behandelingsperiode (≥ zes maanden). Betreffende vraag vier zal bekeken worden welke factoren van invloed zijn op het gemiddeld aantal zittingen en de duur van de behandelingsperiode.

De operationalisering van de onderzoeksvragen staat weergegeven in bijlage 1.

1.4 Werkwijze

Binnen het LiPZ-project registreren op dit moment 101 fysiotherapeuten, verspreid over 42 praktijken, zorggerelateerde gegevens. In de huidige rapportage zijn alleen de gegevens gebruikt van therapeuten die minimaal vier maanden aaneengesloten gegevens hebben aangeleverd. Aan dit criterium voldoen 72 therapeuten verspreid over 34 praktijken. De registratieperiode waarover gerapporteerd wordt, loopt van april 2001 tot mei 2003. De gemiddelde duur van de registratieperiode is 19 maanden.

Figuur 1.1: Spreiding LiPZ-praktijken en LiPZ-therapeuten voor fysiotherapie over Nederland



Gedurende het eerste deel van de registratieperiode heeft een beperkte gegevensverzameling plaatsgevonden middels filtering uit het declaratieverkeer tussen de beroepsbeoefenaren en de zorgverzekeraars. Vanaf medio

2002 vindt de volledige gegevensregistratie plaats middels de -speciaal voor het LiPZ-project vervaardigde- LiPZ-module. Deze LiPZ-module is ingebouwd in de praktijksoftwarepakketten RAAM en Intramed. Middels de module kunnen gegevens verzameld worden die niet standaard in het softwarepakket aanwezig zijn. Deze gegevens sluiten aan bij het standaard verslagleggingformulier van de fysiotherapeut. De fysiotherapeut vult de LiPZ-module op twee momenten in: bij het begin en bij de afsluiting van de behandelingsperiode.

Maandelijks worden de LiPZ-gegevens, aangevuld met de standaard declaratiegegevens, geëxtraheerd uit de praktijkregistratie zonder daarbij privacygevoelige informatie mee te nemen. Vervolgens worden de gegevens elektronisch of per post naar het NIVEL gestuurd. Iedere aanlevering bevat gegevens van de laatste drie maanden. Aangezien de praktijken frequent gegevens aanleveren, overlappen de gegevens van opeenvolgende aanleveringen elkaar. De kans op het ontbreken van gegevens is hierdoor minimaal.

Alle gegevens worden gecodeerd aangeleverd met uitzondering van de verwijfsdiagnosen. De therapeut neemt in de LiPZ-module de letterlijke tekst van de verwijfsbrief over. Door onderzoekers van het NIVEL wordt deze tekst gecodeerd naar de ICPC-code (International Classification for Primary Care) (7). Na kwaliteitscontrole worden de aangeleverde gegevens opgenomen in de centrale LiPZ-database.

1.4.1 Kwaliteitscontrole

De aangeleverde LiPZ-gegevens worden twee maal gecontroleerd op kwaliteit. Er vindt een eerste controle plaats voordat de gegevens in de centrale LiPZ-database worden opgenomen. Vervolgens vindt een tweede controle plaats in de centrale database.

De eerste controle betreft een gestandaardiseerde kwaliteitscontrole met behulp van speciaal ontwikkelde LiPZ-software. Deze software controleert op onjuiste of niet ingevulde waarden van variabelen. Als er onjuiste of niet ingevulde gegevens aangetroffen worden, vindt er feedback plaats naar de betreffende praktijk. Noodzakelijke verbeteringen kunnen door de therapeuten direct in de praktijksoftware gemaakt worden, waarna de juiste gegevens

bij de volgende aanlevering automatisch worden aangeleverd. Alleen de correcte gegevens worden opgenomen in de centrale LiPZ-database.

De tweede controle (van gegevens in de LiPZ-database) betreft controles op dubbele aanlevering van gegevens uit praktijken en op het voorkomen van onterechte of dubbele waarden bij variabelen. Daarnaast wordt er gecontroleerd op de aanwezigheid van onterechte dubbele verwijzingen en op het doorlopen van de gegevensverzameling in de tijd. Ook wanneer er bij deze tweede controle onjuistheden worden aangetroffen, vindt er feedback plaats naar de praktijk en worden onjuistheden gecorrigeerd.

1.5 Onderzoeksgroepen

In het LiPZ-netwerk zijn gedurende de registratieperiode (april 2001 - mei 2003) voor de beroepsgroep fysiotherapie van ruim 12.000 ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten gegevens geregistreerd. Van ruim 60% van deze patiënten is zowel de start als het einde van de behandelingsperiode geregistreerd. Van de overige patiënten is de start en/ of het einde van de behandelingsperiode niet geregistreerd. Dit is het geval als de patiënt bij aanvang van de registratieperiode reeds onder behandeling was of als de patiënt aan het einde van de registratieperiode nog niet uitbehandeld was. De gegevens van de patiënten van wie zowel de start als het einde van de behandelingsperiode geregistreerd is, zullen worden gebruikt voor het beantwoorden van de vragen met betrekking tot de omvang van de behandelingsperiode en de evaluatie ($n = 7.407$). De behandelingsperiode van deze groep patiënten wordt aangeduid als 'afgeronde behandelingsperiode'.

De overige vragen zullen beantwoord worden aan de hand van gegevens van patiënten die in 2002 bij de praktijk zijn aangemeld ($n = 6.586$). Deze groep patiënten kan worden beschouwd als een dwarsdoorsnede van de patiëntenpopulatie van de fysiotherapeut. Bovendien maakt een indeling naar aanmelddatum op eenvoudige wijze vergelijking met voorgaande jaren mogelijk.

Overigens wordt in de tabellen in de bijlage een onderscheid gemaakt tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten om vergelijking met gege-

vens uit Jaarboek 2001 mogelijk te maken³. Bij noemenswaardige verschillen zal hier aandacht aan worden besteed. De LiPZ-database bevat, wat betreft de registratieperiode waarover gerapporteerd wordt, een oververtegenwoordiging van ziekenfondsverzekerde patiënten. Aangezien de LiPZ-module nog niet in gebruik was genomen, zijn gedurende de eerste helft van de registratieperiode van particulier verzekerde patiënten geen gegevens geregistreerd.

Naast een rapportage over gegevens van de "reguliere" patiënt, wordt er in het jaarboek ook gerapporteerd over een specifieke patiëntencategorie, namelijk de patiënten met een "langdurige behandelingsperiode". Deze groep doet aanspraak op (of heeft aanspraak gemaakt op) langdurige zorg. Over het algemeen worden klachten die langer duren dan zes maanden als 'chronisch' gedefinieerd, vandaar dat onder een langdurige behandelingsperiode een behandelingsperiode wordt verstaan die minimaal zes maanden duurt. Let wel, hierbij wordt geen rekening gehouden met het aantal zittingen dat de patiënt heeft gehad. Deze groep patiënten zal worden vergeleken met de patiënten bij wie de behandeling binnen zes maanden is afgerond. Het LiPZ-netwerk bevat in april 2003 betreffende de beroepsgroep fysiotherapie 1.036 patiënten met een langdurige behandelingsperiode, dit is 8% van de totale populatie, en 7.235 patiënten met een kortdurende behandelingsperiode (59% van de totale populatie). De behandelingsperiodes van de overige patiënten zijn (nog) niet afgerond en/of (nog) niet langdurig.

Over wie wordt gerapporteerd:

- Patiënten aangemeld in 2002	n = 6.586
- Patiënten met een afgeronde behandelingsperiode	n = 7.407
- Patiënten met een langdurige behandelingsperiode	n = 1.036
- Patiënten met een kortdurende behandelingsperiode	n = 7.235

Zoals vermeld in paragraaf 1.4 heeft gedurende het eerste deel van de registratieperiode een beperkte gegevensverzameling plaatsgevonden middels filtering uit het standaard softwarepakket. Hierdoor zijn de resultaten betreffende de gegevens die standaard in het softwarepakket aanwezig zijn geba-

³ Indien getoetst wordt of verschillen statistisch significant zijn, geldt een significantieniveau van 0,05.

seerd op een hoger aantal patiënten dan de resultaten betreffende de gegevens die daar niet standaard in zitten.

1.6 Representativiteit LiPZ-netwerk fysiotherapie

De representativiteit van het LiPZ-netwerk is op drie niveaus bekeken: op praktijk-, therapeut- en patiëntniveau. In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen weergegeven. Voor een uitgebreider overzicht van de representativiteit wordt verwezen naar bijlage 2.

Zowel op praktijkniveau als op therapeutniveau kan de representativiteit goed worden genoemd. Er zijn slechts kleine verschillen gevonden bij vergelijking van de LiPZ-gegevens met gegevens uit de Peiling Fysiotherapie eerste lijn 2001 (8) (zie tabellen 1 en 2 in bijlage 2). De man-vrouwverhouding laat het grootste verschil zien. Binnen het LiPZ-netwerk registreren meer mannen dan vrouwen (respectievelijk 62% en 38%), terwijl er in de Peiling Fysiotherapie 2001 ongeveer evenveel mannen als vrouwen fysiotherapeut zijn.

Op patiëntniveau is geen goede vergelijking mogelijk met recente gegevens. Om toch een beeld te krijgen van de representativiteit zijn de LiPZ-gegevens vergeleken met de gegevens uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel (4), dat reeds enkele jaren geleden heeft plaatsgevonden. Daarnaast zijn de gegevens vergeleken met de meest recente gegevens uit LINH (9). LINH bevat echter alleen gegevens van patiënten die door de huisarts verwezen zijn. Verschillen in patiëntkenmerken zijn niet groot (zie tabellen 3-5 in bijlage 2). Ook de verwijfsdiagnosen van patiënten uit LINH komen goed overeen met de verwijfsdiagnosen van patiënten uit het LiPZ-netwerk.

2 Patiëntkenmerken

Kernboodschap:

Over het algemeen komen er meer vrouwen dan mannen bij de fysiotherapeut. Het merendeel is tussen de 35 en 54 jaar oud en ziekenfondsverzekerd. Ruim 10% van de patiëntenpopulatie is ouder dan 75 jaar.

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de algemene kenmerken van de patiënten die behandeld worden door de fysiotherapeut besproken. Deze gegevens zijn onder meer van belang voor het verkrijgen van inzicht in de patiëntengroep die de fysiotherapeut bezoekt. Gegevens met betrekking tot het geslacht, de leeftijd, het opleidingsniveau en de verzekeringsvorm staan in dit hoofdstuk weergegeven.

2.2 Patiëntkenmerken

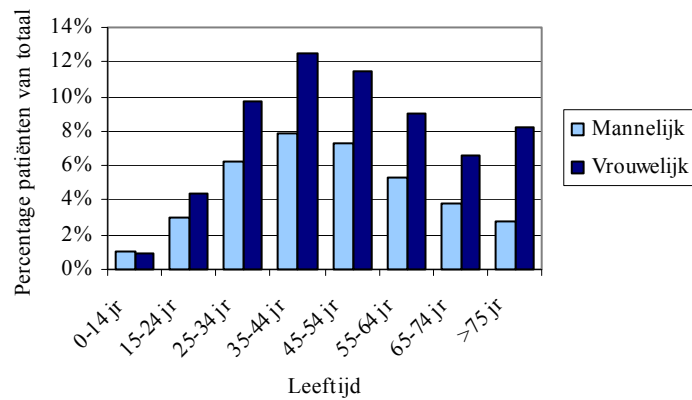
 zie ook de tabellen 1 en 2 in bijlage 3

Algemene populatie

De patiënt die de fysiotherapeut bezoekt, is over het algemeen van het vrouwelijke geslacht (60%), tussen de 35 en 54 jaar oud (40%) en ziekenfondsverzekerd (72%). De gemiddelde leeftijd is 49 jaar. Ruim tien procent van de patiëntenpopulatie is ouder dan 75 jaar. Particulier verzekerde patiënten zijn vaker van het mannelijke geslacht dan ziekenfondsverzekerden (respectievelijk 50% en 37%).

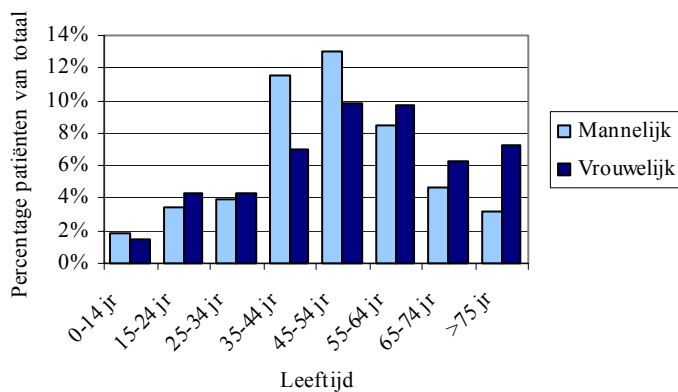
Met uitzondering van de categorie kinderen is in alle leeftijdsgroepen het aandeel vrouwelijke ziekenfondsverzekerde patiënten groter dan het aandeel mannelijke ziekenfondsverzekerde patiënten (zie figuur 2.1). Zowel van de mannelijke patiënten als van de vrouwelijke patiënten is het grootste deel tussen de 35 en 44 jaar oud.

Figuur 2.1: Leeftijdsopbouw verdeeld naar geslacht van ziekenfondsverzekerde patiënten fysiotherapie die zijn aangemeld in 2002 (n = 4.911)



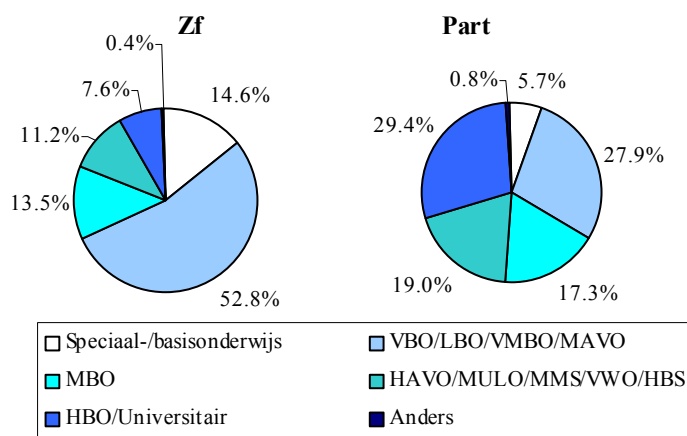
De leeftijdsverdeling van particulier verzekerde patiënten naar het geslacht laat een ander beeld zien dan de leeftijdsverdeling van ziekenfondsverzekerden (zie figuur 2.2). Terwijl ziekenfondsverzekerden over het algemeen tussen de 35 en 44 jaar oud zijn, zijn particulier verzekerden over het algemeen tussen de 45 en 54 jaar oud. Daarnaast bevatten de categorieën 35 tot 44 jaar en 45 tot 54 jaar relatief meer mannen dan vrouwen.

Figuur 2.2: Leeftijdsopbouw verdeeld naar geslacht van particulier verzekerde patiënten fysiotherapie die zijn aangemeld in 2002 (n = 1.675)



Over het algemeen zijn ziekenfondsverzekerde patiënten lager opgeleid dan particulier verzekerde patiënten (zie figuur 2.3). Van de ziekenfondsverzekerden heeft de meerderheid een opleiding op het niveau van VBO of VMBO voltooid (53%). Particulier verzekerden hebben vaker een opleiding op HBO- of universitair niveau (29%).

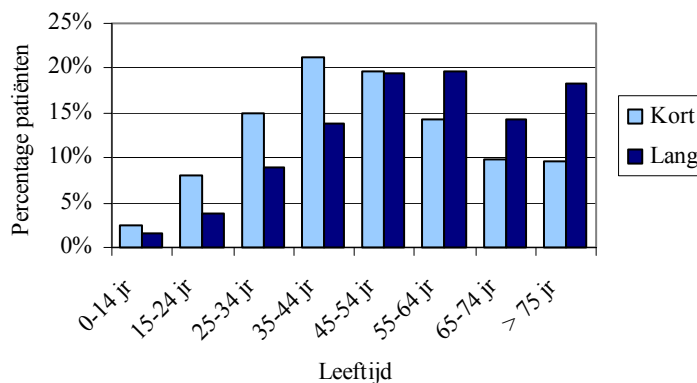
Figuur 2.3: Opleidingsniveau van patiënten fysiotherapie die zijn aangemeld in 2002 verdeeld naar verzekeringsvorm (ziekenfonds, n = 4.021; particulier n = 1.664)



Indeling patiënten naar duur behandelafisoden

Patiënten met een langdurige behandelafisode (\geq zes maanden) zijn vaker van het vrouwelijk geslacht dan patiënten met een kortdurende behandelafisode. Dit geldt zowel voor de ziekenfondsverzekerden als voor de particulier verzekerden. Daarnaast zijn patiënten met een langdurige behandelafisode over het algemeen ouder dan patiënten met een kortdurende behandelafisode (zie figuur 2.4). Verschillen in opleidingsniveau zijn slechts klein.

Figuur 2.4: Leeftijdsverdeling van patiënten fysiotherapie naar kort- (n = 7.235) en langdurige behandelafisoden (n = 1.036)



Ongeveer de helft van de patiënten met een langdurige behandelafisode heeft een aandoening die voorkomt op de lijst met aandoeningen voor langdurige of intermitterende therapie (VWS-lijst)⁴, dit zijn de zogenoemde 'lijstpatiënten'. Dit percentage ligt aanzienlijk hoger dan het percentage patiënten in de populatie patiënten met een kortdurende behandelafisode (6%). De gehele populatie van de fysiotherapeut bestaat voor 11% uit lijstpatiënten.

⁴ Bij de invoering van de Beperkende Maatregel is vastgelegd dat de standaardpakketpolis van ziekenfondsverzekerden per jaar per indicatie negen zittingen voor fysiotherapie bevat. Patiënten met een aandoening die voorkomt op de VWS-lijst kunnen aanspraak maken op meer dan negen zittingen (10).

3 Verwijzing

Kernboodschap:

Het merendeel van de patiënten wordt door de huisarts naar de fysiotherapeut verwezen. De klachten waarmee de patiënten verwezen worden, hebben vaak betrekking op de wervelkolom. Lage rugpijn zonder uitstraling is de meest voorkomende verwijfsdiagnose.

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden gegevens met betrekking tot de verwijzer en diens diagnose besproken. Deze informatie geeft een beeld omtrent de aandoeningen waarmee patiënten naar de fysiotherapeut worden verwezen.

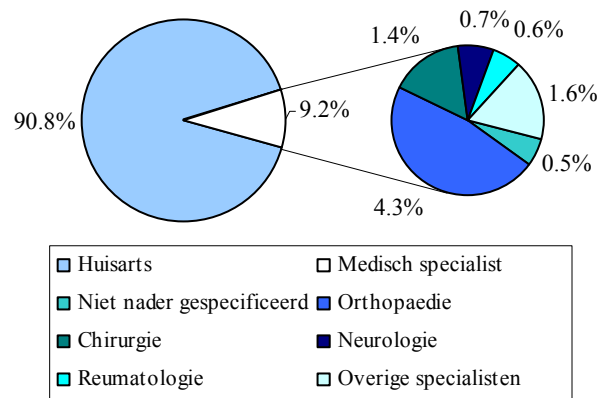
3.2 Verwijzer

 zie ook de tabellen 3 en 4 in bijlage 3

Algemene populatie

Patiënten worden over het algemeen door de huisarts naar de fysiotherapie verwezen (91%) (zie figuur 3.1). Van de medisch specialisten verwijzen met name orthopeden naar de fysiotherapie. Er zijn nauwelijks verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten.

Figuur 3.1: Verwijzer van patiënten die zijn aangemeld in 2002 naar de fysiotherapie (n = 6.586)



Indeling patiënten naar duur behandelperiodes

Zowel patiënten met een kortdurende behandelperiode als patiënten met een langdurige behandelperiode worden over het algemeen door de huisarts verwezen. In beide populaties is het aandeel verwijzingen door de huisarts ruim 90%. Wat betreft medisch specialisten verwijzen in beide groepen met name orthopeden en chirurgen naar de fysiotherapie.

3.3 Verwijsdiagnosen

☞ zie ook tabel 5 in bijlage 3

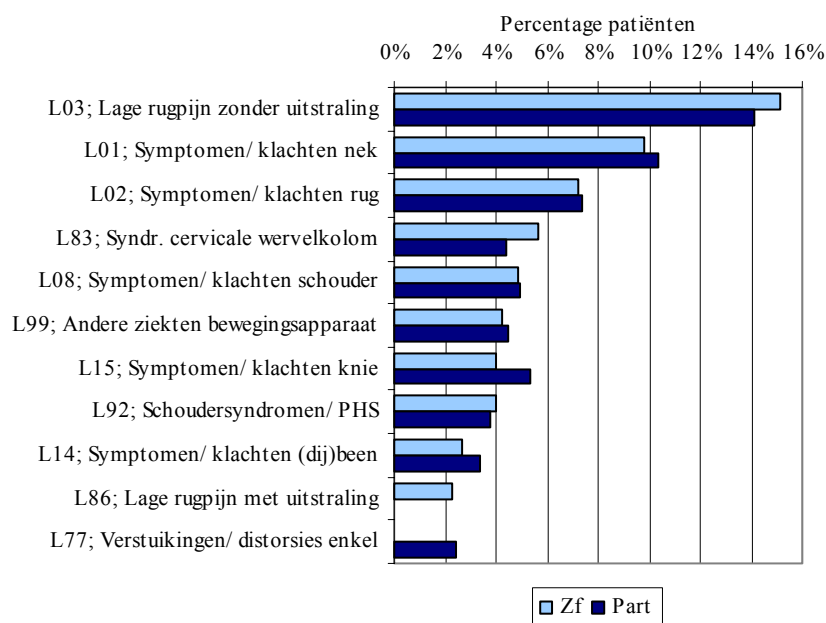
Algemene populatie

Fysiotherapeuten leveren in het LiPZ-netwerk de verwijstekst van de verwijsbrief, die zij van de verwijzer ontvingen, aan het NIVEL. Deze tekst (de verwijsdiagnose) wordt vervolgens gecodeerd naar de ICPC-codering. In figuur 3.2 staan voor ziekenfondsverzekerden en voor particulier verzekerden de tien meest voorkomende verwijsdiagnosen weergegeven.

De grootste groep patiënten wordt verwezen met de diagnose 'lage rugpijn zonder uitstraling' (15%). Ook een groot deel patiënten komt met de aandoening 'symptomen/ klachten nek' (10%). Verschillen in verwijfsdiagnosen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten zijn slechts klein. Negen van de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen komen in beide groepen voor. Overigens heeft ongeveer 60% van de patiënten een verwijfsdiagnose die voorkomt in de top tien. De verwijfsdiagnosen van de overige patiënten zijn zeer divers.

De top tien van ziekenfondsverzekerde patiënten die zijn aangemeld in 2002 is vrijwel identiek aan de top tien van ziekenfondsverzekerde patiënten die zijn aangemeld in 2001.

Figuur 3.2: Tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen van patiënten fysiotherapie die zijn aangemeld in 2002 naar verzekeringsvorm (ziekenfonds, n = 4.911 en particulier, n = 1.675)



Indeling patiënten naar duur behandelperiodes

De top tien van meest voorkomende verwijfsdiagnosen laat bij patiënten met een langdurige behandelperiode een iets ander beeld zien dan bij patiënten met een kortdurende behandelperiode (zie tabel 3.1). Opvallend is echter dat de top drie in beide populaties uit dezelfde diagnosen bestaat (te weten: 'lage rugpijn zonder uitstraling', 'symptomen/ klachten nek' en 'symptomen/klachten rug'). Diagnosen die alleen in de groep patiënten met een langdurige behandelperiode in de top tien voorkomen, zijn: 'reumatoïde artritis', 'CVA', 'gevolgen prothese', 'emfyseem' en 'spierpijn'. De verwijfsdiagnosen van patiënten met een langdurige behandelperiode lijken gevarieerder dan de verwijfsdiagnosen van patiënten met een kortdurende behandelperiode. De top tien verwijfsdiagnosen van patiënten met een langdurige behandelperiode is van toepassing op de helft van de patiënten, terwijl de top tien van patiënten met een kortdurende behandelperiode op ruim 60% van de patiënten van toepassing is.

Tabel 3.1: Verwijfsdiagnosen van patiënten fysiotherapie ingedeeld naar kort- en langdurige behandelperiodes

Kortdurende behandelperiodes	7.235	Langdurige behandelperiodes	1.036
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	16,7%	L01; Symptomen/ klachten nek	9,1%
L01; Symptomen/ klachten nek	9,8%	L02; Symptomen/ klachten rug	7,4%
L02; Symptomen/ klachten rug	6,9%	L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	6,7%
L83; Syndr. cervicale wervelkolom	5,7%	L88; Reumatoïde artritis	4,9%
L99; Andere ziekten bewegingsapp.	4,7%	K90; Cardiovasculair accident (CVA)	4,7%
L08; Symptomen/ klachten schouder	4,7%	L83; Syndr. cervicale wervelkolom	4,1%
L15; Symptomen/ klachten knie	4,2%	L08; Symptomen/ klachten schouder	3,6%
L92; Schouder syndromen/ PHS	3,7%	A89; Gevolgen prothese (NEG)	3,5%
L14; Symptomen/ klachten (dij)been	2,8%	R95; Emfyseem/ COPD	3,4%
L86; Lage rugpijn met uitstraling	2,6%	L18; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	2,7%
Overig	38,2%	Overig	50,0%

4 Gezondheidsprobleem


Kernboodschap:

Een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie van de fysiotherapeut heeft recidiverende klachten. De klachten bestaan bij aanvang van de behandelingsperiode over het algemeen één week tot drie maanden en bijna 40% heeft reeds eerdere zorg gehad (met name fysiotherapie). Patiënten met een langdurige behandelingsperiode hebben vaker recidiverende klachten en eerdere zorg voor dezelfde of andere klachten gehad dan patiënten met een kortdurende behandelingsperiode. Daarnaast heeft een groter deel van de patiënten met een langdurige behandelingsperiode langdurige klachten (> zes maanden) bij aanvang van de behandelingsperiode.

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het gezondheidsprobleem van de patiënt besproken. Hierbij komen de duur van de klacht, recidivering van de klacht, gebruik van beroepsspecifieke richtlijnen en het gebruik van andere of eerdere zorg ter sprake. Middels deze gegevens wordt een beeld verkregen omtrent de klacht van de patiënt naar het oordeel van de fysiotherapeut.

4.2 Kenmerken klachten

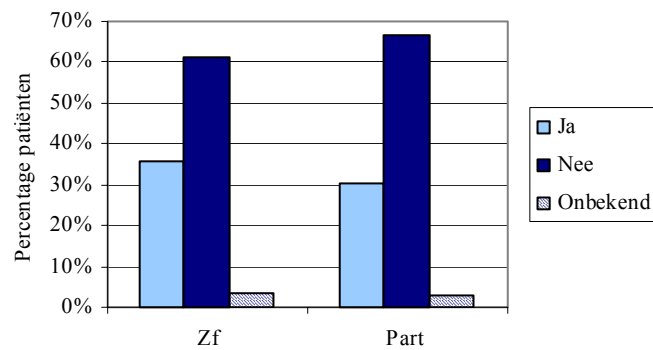
 zie ook tabel 6 in bijlage 3

Algemene populatie

In het LiPZ-netwerk worden gegevens verzameld omtrent recidivering van de klachten. Een klacht wordt als recidiverend beschouwd als hij optreedt na een klachtenvrije periode van minimaal vier weken en maximaal twee jaar.

Bij een aanzienlijk deel van de patiënten die door de fysiotherapeut wordt behandeld is sprake van een recidiverende klacht (zie figuur 4.1). Van de ziekenfondsverzekerden heeft ruim een derde van de patiënten een recidiverende klacht. Bij particulier verzekerden ligt dit percentage iets lager (30%).

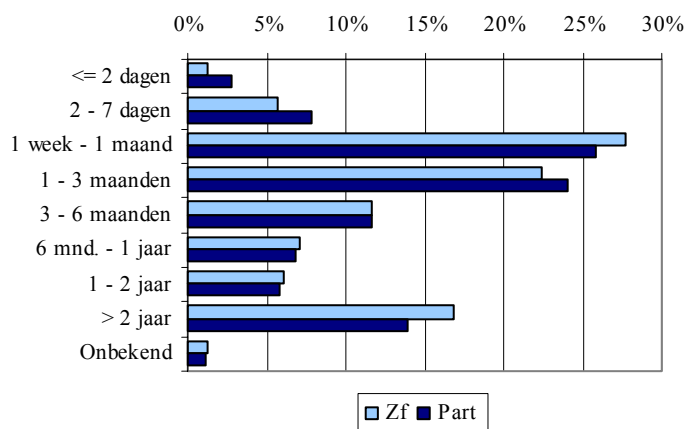
Figuur 4.1: Recidivering van klachten bij patiënten fysiotherapie die zijn aangemeld in 2002 naar verzekeringsvorm (ziekenfonds, n = 4.021; particulier, n = 1.664)



Naast informatie omtrent recidivering van klachten wordt er in het LiPZ-netwerk ook informatie verzameld omtrent de duur van de klacht bij aanvang van de behandelingsperiode.

Ruim een kwart van de patiënten heeft bij aanvang van de behandelingsperiode langer dan één week, maar korter dan één maand klachten (zie figuur 4.2). Daarnaast heeft een aanzienlijk deel één tot drie maanden klachten (ruim 20%). Ongeveer 15% van de patiëntenpopulatie heeft bij aanvang van de behandelingsperiode langer dan twee jaar klachten. Ook dit is een aanzienlijke groep. Er zijn geen grote verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten.

Figuur 4.2: Duur van de klacht bij aanvang van de behandelingsperiode van patiënten fysiotherapie die zijn aangemeld in 2002 naar verzekeringsvorm (ziekenfonds, n = 4.021; particulier, n = 1.664)

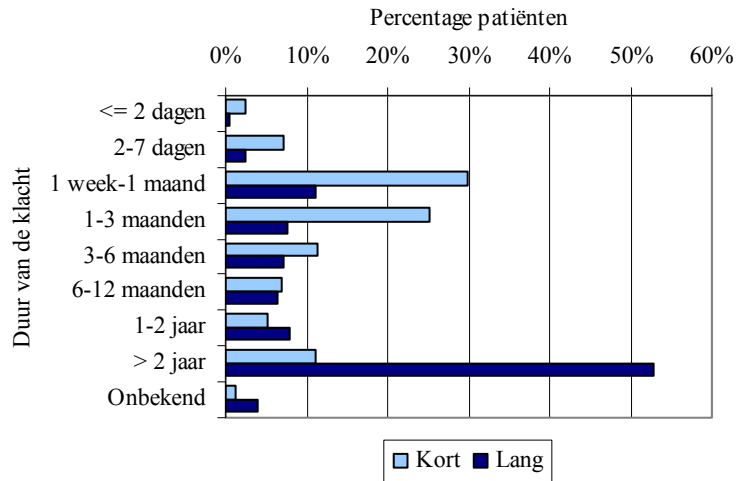


Indeling patiënten naar duur behandelingsperioden

Bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode is iets vaker sprake van een recidiverende klacht dan bij patiënten met een kortdurende behandelingsperiode (respectievelijk 38% en 31% van de patiënten). Bovendien hebben patiënten met een langdurige behandelingsperiode over het algemeen een langere klachtduur bij aanvang van de behandelingsperiode (zie figuur 4.3).

Ruim de helft van de patiënten met een langdurige behandelingsperiode heeft langer dan twee jaar klachten bij aanvang van de behandelingsperiode. Dit is aanzienlijk meer dan in de groep met een kortdurende behandelingsperiode, waar ongeveer tien procent langer dan twee jaar klachten heeft.

Figuur 4.3: Duur van de klacht bij aanvang van de behandelingsperiode van patiënten fysiotherapie naar kortdurende (n = 4.696) en langdurige behandelingsperiodes (n = 767)



4.3 Gebruik beroepsspecifieke richtlijnen

☞ zie ook de tabellen 7 en 8 in bijlage 3

Algemene populatie

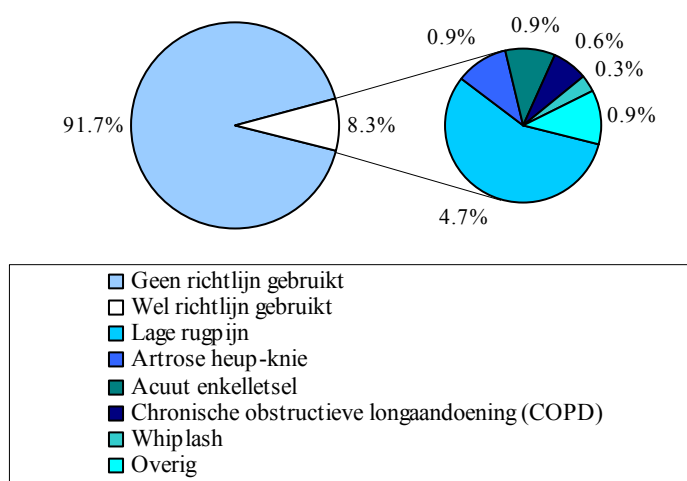
Deelnemende fysiotherapeuten geven in de LiPZ-module aan of er bij de behandeling gebruik wordt gemaakt van een, specifiek voor de beroepsgroep geldende, richtlijn. Binnen de fysiotherapie zijn er momenteel richtlijnen gepubliceerd voor:

- Acut enkelletsel;
- Stress urine-incontinentie;
- Chronische obstructieve longaandoening (COPD);
- Postoperatief lumbosacraal radiculair syndroom;
- Whiplash;

- Osteoporose;
- Artrose heup/knie;
- Lage rugpijn;
- Hartrevalidatie;
- Chronisch enkelletsel;
- Acut knieletsel.

Bij 8% van de patiëntenpopulatie wordt bij aanvang van de behandelingsperiode aangegeven dat er een beroepsspecifieke richtlijn gevolgd zal worden (zie figuur 4.4). Bij het merendeel is dat de richtlijn 'lage rugpijn' (5% van de totale populatie). Er zijn slechts kleine verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten.

Figuur 4.4: Gebruik richtlijnen bij patiënten fysiotherapie die zijn aangemeld in 2002 (n = 5.685)




De 11 richtlijnen die gepubliceerd zijn voor de fysiotherapie zijn niet allemaal op een grote groep patiënten van toepassing. Hierdoor blijft het totale aantal patiënten bij wie wordt aangegeven dat een richtlijn gevolgd zal worden eveneens gering. De richtlijn 'lage rugpijn' beslaat de grootste groep patiënten. Theoretisch gezien is deze richtlijn van toepassing op patiënten

met de verwijfsdiagnose 'aspecifke lage rugklachten'. 14% van de patiënten komt met deze verwijfsdiagnose bij de fysiotherapeut (zie figuur 3.2). Richtlijnen worden door de fysiotherapeuten wisselend toegepast. Het is nog onduidelijk waarom therapeuten richtlijnen al dan niet toepassen. Mogelijk hebben zij gegronde redenen om bij patiënten niet volgens een richtlijn te werken. Nader onderzoek is noodzakelijk om meer informatie omtrent het richtlijngebruik te verkrijgen.

Indeling patiënten naar duur behandelafisoden

Bij patiënten met een kortdurende behandelafisode wordt iets vaker aangegeven dat er een beroepsspecifke richtlijn zal worden gevolgd dan bij patiënten met een langdurige behandelafisode (respectievelijk 10% en 7%). Terwijl in de groep patiënten met een kortdurende behandelafisode met name de richtlijn 'lage rugpijn' gevolgd wordt, is dat in de groep patiënten met een langdurige behandelafisode met name de richtlijn 'chronische obstructieve longaandoening (COPD)'.

4.4 Andere of eerdere zorg

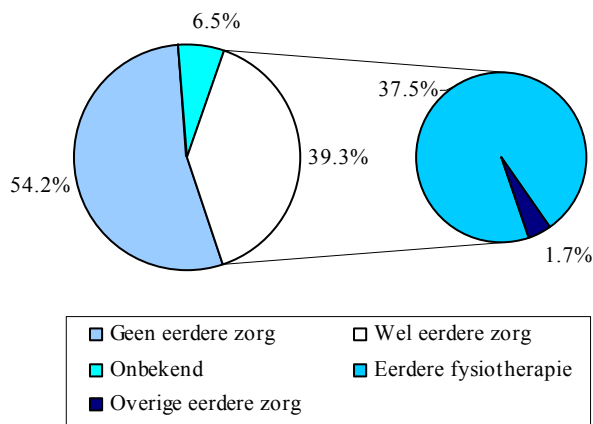
 zie ook tabel 9 in bijlage 3

Algemene populatie

Door de fysiotherapeut wordt in het LiPZ-netwerk aangegeven of de patiënt eerdere of andere zorg heeft gehad voor dezelfde of andere klachten in de twee jaren voorafgaand aan de behandelafisode. Onder eerdere of andere zorg wordt (een combinatie van) fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck verstaan.

Ruim 40% van de ziekenfondsverzekerde patiënten heeft eerdere of andere zorg gehad, bij particulier verzekerde patiënten ligt dit percentage iets lager (37%). In beide verzekeringsvormen bestaat de eerdere zorg vrijwel uitsluitend uit fysiotherapeutische zorg (zie figuur 4.5).

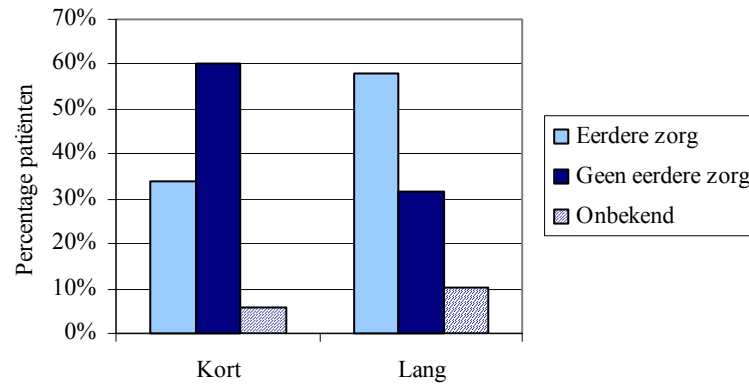
Figuur 4.5: Eerder zorggebruik voor dezelfde of andere klachten in de afgelopen twee jaar voor patiënten fysiotherapie aangemeld in 2002 (n = 5.685)



Indeling patiënten naar duur behandelafstanden

Patiënten met een langdurige behandelafstand hebben vaker eerdere zorg gehad voor dezelfde of andere klachten in de afgelopen twee jaar dan patiënten met een kortdurende behandelafstand (respectievelijk 58% en 34%) (zie figuur 4.6). In beide groepen betreft de eerdere zorg vrijwel altijd fysiotherapeutische zorg.

Figuur 4.6: Eerder zorggebruik voor dezelfde of andere klachten in de afgelopen twee jaar voor patiënten fysiotherapie naar kort- (n = 4.696) en langdurige behandelafstanden (n = 767)



5 Behandeling

Kernboodschap:

Behandeldoelen zijn op activiteitsniveau met name gericht op de houding en het voortbewegen (lopen). Op lichaamsfunctieniveau zijn de behandeldoelen vaak gerelateerd aan mobiliteitsfuncties en spierfuncties. De top drie van de belangrijkste doelen van de behandeling (functieniveau gecombineerd met activiteitsniveau) liggen bij een groot deel van de patiënten uitsluitend op functieniveau, namelijk mobiliteitsfuncties, spierfuncties en pijn. De behandeling bestaat met name uit het sturen en oefenen van functies en manueel masseren. Fysische verrichtingen worden bij ruim 15% van de patiënten aangegeven. Gemiddeld worden patiënten 11,2 keer gedurende 8,7 weken behandeld. Zowel patiëntkenmerken, kenmerken van de klacht en gegevens met betrekking tot de probleemvervoording door de verwijzer zijn van invloed op de omvang van de behandelingsperiode. Wel is er sprake van een grote mate van spreiding in het aantal zittingen en de behandelduur.

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten met betrekking tot de behandeling besproken. Ten eerste wordt informatie omtrent de behandeldoelen weergegeven, waardoor inzichtelijk wordt gemaakt waar de behandelingen met name op gericht zijn. Vervolgens worden de verrichtingen van de fysiotherapeut besproken. Deze informatie geeft inzicht in de inhoud van de behandeling door de fysiotherapeut. Als derde komt de omvang van de behandelingsperiode ter sprake. Tot slot wordt besproken op welke wijze de zittingen hebben plaatsgevonden (in de praktijk, bij de patiënt, groepsbehandeling, etc.).

5.2 Behandeldoelen

 zie ook de tabellen 10, 11 en 12 in bijlage 3

Algemene populatie

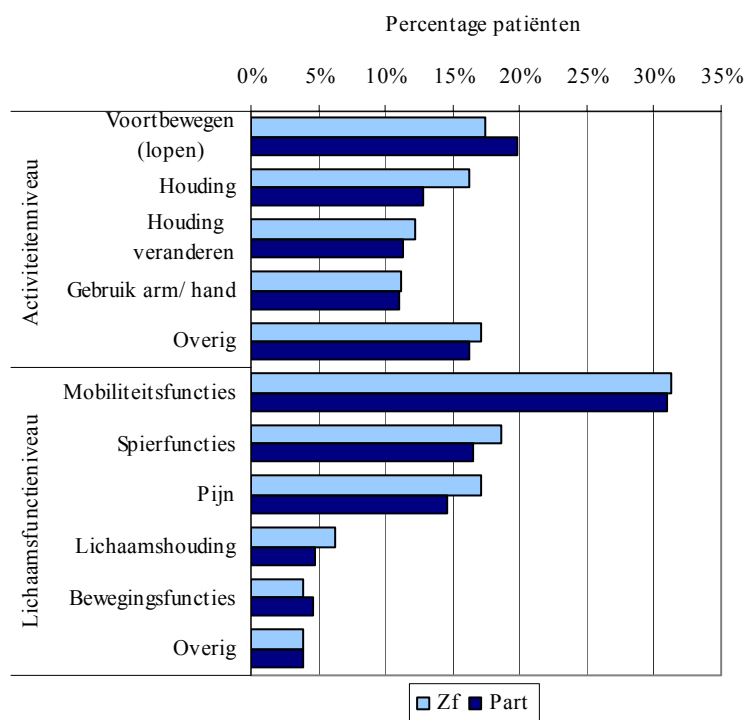
Aan het begin van de behandelingsperiode worden door de registrerende fysiotherapeut de behandeldoelen vastgesteld. Per patiënt kan er in het LiPZ-project één hoofddoel op activiteitsniveau en één hoofddoel op lichaamsfunctieniveau worden aangegeven.

Bij 55% van de ziekenfondsverzekerde patiënten wordt op beide niveaus een hoofdbehandeldoel vastgesteld. Bij particulier verzekerden heeft 47% op beide niveaus een hoofdbehandeldoel. Indien er slechts op één niveau een hoofdbehandeldoel wordt opgesteld, is dat in beide populaties relatief vaker op het niveau van lichaamsfuncties (27%) dan op het niveau van activiteiten (21%). In Jaarboek 2001 was bij 97% van de patiënten op beide niveaus een hoofdbehandeldoel opgesteld. Dit is aanzienlijk meer dan het percentage in de huidige gegevensverzameling. Het is onduidelijk waardoor dit verschil wordt veroorzaakt.

Op activiteitsniveau zijn de behandeldoelen over het algemeen gericht op handelingen met betrekking tot voortbewegen (zoals lopen en rennen) en op de houding (zie figuur 5.1). Er zijn geen grote verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten.

Op lichaamsfunctieniveau zijn de behandeldoelen met name gericht op mobiliteitsfuncties, spierfuncties en pijn. Ook hier zijn nauwelijks verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten.

Figuur 5.1: Behandeldoelen voor patiënten fysiotherapie die zijn aangemeld in 2002 met een ziekenfondsverzekering (n = 4.902) en een particuliere verzekering (n = 1.669)



Om een beeld te krijgen omtrent de combinaties van behandeldoelen die gesteld worden, is bij patiënten met zowel op activiteiten- als op lichaamsfunctieniveau een hoofdbehandelgoal gekeken welke combinaties het meest voorkomen. De gegevens van patiënten met slechts op één niveau een hoofdbehandelgoal zijn hieraan toegevoegd om na te gaan hoe vaak een enkel hoofdbehandelgoal in verhouding voorkomt. In tabel 5.1 staan de tien meest voorkomende 'combinaties' weergegeven voor ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten.

Zowel bij ziekenfondsverzekerden als bij particulier verzekerden heeft de grootste groep alleen een hoofddoel met betrekking tot mobiliteitsfuncties of spierfuncties. Negen combinaties komen in beide groepen in de top tien voor. De top tien van meest voorkomende 'combinaties' van hoofdbehandeldoelen op activiteiten- en/ of lichaamsfunctieniveau is van toepassing op ruim de helft van alle patiënten.

Tabel 5.1: Tien meest voorkomende 'combinaties' tussen hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en/ of lichaamsfunctieniveau naar verzekeringsvorm bij patiënten fysiotherapie die zijn aangemeld in 2002

Zf / aangemeld in 2002	4.902	Part / aangemeld in 2002	1.669
Geen*		Geen*	
mobiliteitsfuncties	9,9%	mobiliteitsfuncties	13,0%
Geen*		Geen*	
spierfuncties	6,5%	spierfuncties	6,8%
Geen*		Handelingen voortbewegen (lopen)	
pijn	5,7%	geen*	6,5%
Handelingen voortbewegen (lopen)		Houding	
mobiliteitsfuncties	5,7%	geen*	5,7%
Handelingen voortbewegen (lopen)		Handelingen voortbewegen (lopen)	
geen*	4,3%	mobiliteitsfuncties	5,0%
Houding		Geen*	
mobiliteitsfuncties	4,2%	pijn	4,7%
Houding		Handelingen houding veranderen	
geen*	4,2%	geen*	4,0%
Handelingen houding veranderen		Handelingen gebruik arm/ hand	
mobiliteitsfuncties	3,6%	geen*	3,4%
Handelingen gebruik arm/ hand		Handelingen gebruik arm/ hand	
mobiliteitsfuncties	3,4%	mobiliteitsfuncties	3,2%
Handelingen houding veranderen		Handelingen houding veranderen	
geen*	3,3%	mobiliteitsfuncties	2,9%
Overig	49,2%	Overig	44,8%

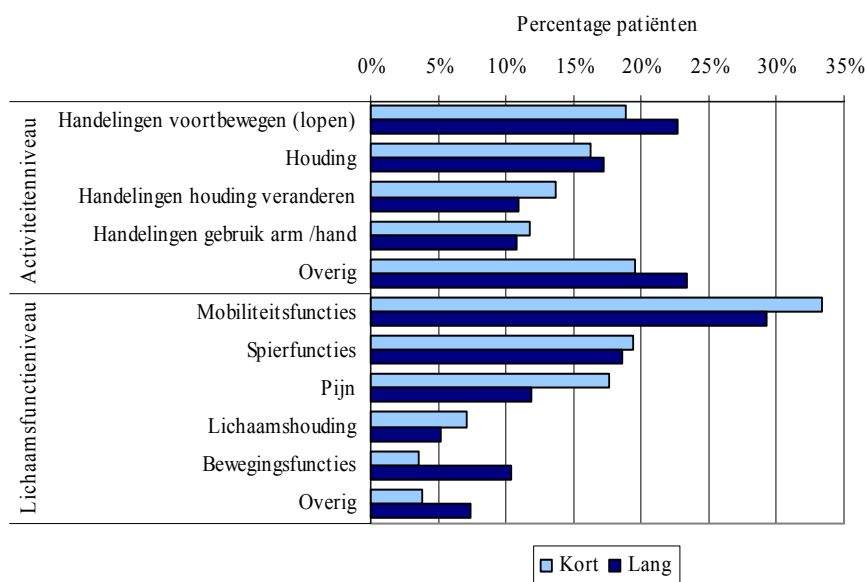
* Geen = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau.

Indeling patiënten naar duur behandelafstanden

Bij ruim 65% van de patiënten met een langdurige behandelafstand zijn twee hoofdbehandeldoelen vastgesteld. Bij patiënten met een kortdurende behandelafstand is dit percentage ongeveer hetzelfde (65%).

Op activiteitsniveau wordt in beide groepen patiënten het meest frequent het behandeldoel 'handelingen voortbewegen (lopen)' vastgesteld. Bij patiënten met een langdurige behandelafstand komt dit doel relatief iets vaker voor dan bij patiënten met een kortdurende behandelafstand (respectievelijk 23% en 19%). Op lichaamsfunctieniveau is het hoofdbehandeldoel met name gericht op mobiliteitsfuncties. Opvallend is dat patiënten met een langdurige behandelafstand vaker een hoofdbehandeldoel hebben dat gericht is op bewegingsfuncties dan patiënten met een kortdurende behandelafstand (respectievelijk 10% en 3%). Daarentegen zijn behandeldoelen minder vaak op pijn gericht (respectievelijk 12% en 18%).

Figuur 5.2: Behandeldoelen voor patiënten fysiotherapie verdeeld naar kortdurende (n = 7.211) en langdurige behandelafstanden (n = 1.036)




Zowel bij patiënten met een kortdurende behandelingsperiode als bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode heeft de grootste groep patiënten alleen een hoofdbehandeldoel gerelateerd aan mobiliteitsfuncties (zie tabel 5.2). Hierop volgt bij beide populaties de groep patiënten met een combinatie van het behandeldoel 'handelingen voortbewegen (lopen)' met het doel 'mobiliteitsfuncties'.

Tabel 5.2: Vijf meest voorkomende 'combinaties' tussen hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en/ of lichaamsfunctieniveau bij patiënten fysiotherapie naar kort- en langdurige behandelingsperiodes

<u>Kortdurende behandelingsperiodes</u>	<u>7.211</u>	<u>Langdurige behandelingsperiodes</u>	<u>1.036</u>
Geen*		Geen*	
mobiliteitsfuncties	7,5%	mobiliteitsfuncties	6,2%
Handelingen voortbewegen (lopen)		Handelingen voortbewegen (lopen)	
mobiliteitsfuncties	6,9%	mobiliteitsfuncties	5,1%
Geen*		Handelingen gebruik arm/ hand	
pijn	5,0%	mobiliteitsfuncties	4,8%
Handelingen houding veranderen		Handelingen voortbewegen (lopen)	
mobiliteitsfuncties	5,0%	geen*	4,6%
Geen*		Houding	
spierfuncties	4,6%	mobiliteitsfuncties	4,3%
Overig	71,0%	Overig	74,9%

* Geen = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau

5.3 Verrichtingen

 zie ook tabel 14 in bijlage 3

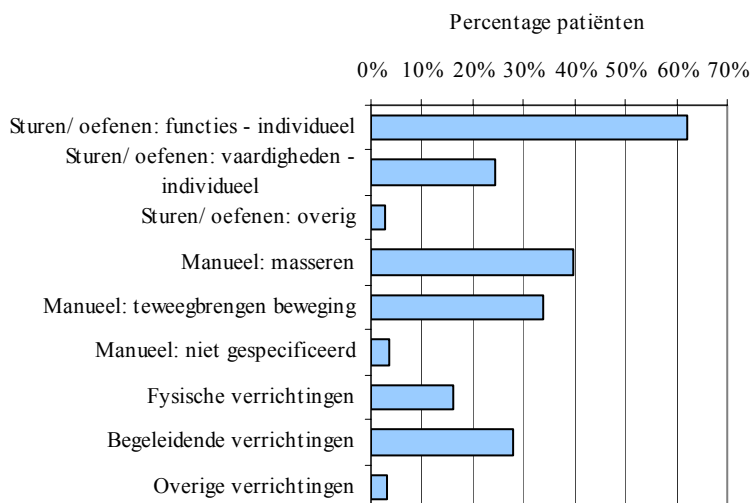
Algemene populatie

In het LiPZ-project registreren fysiotherapeuten na afloop van een behandelingsperiode maximaal drie verrichtingen die in de behandelingsperiode in minimaal de helft van de gegeven zittingen zijn voorgekomen.

Bij ruim eenderde van de ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten is het maximale aantal verrichtingen aangegeven. Bij 41% van de patiënten zijn twee verrichtingen aangegeven.

De fysiotherapeutische behandeling bestaat met name uit het sturen en oefenen van functies, manueel masseren en het manueel teweegbrengen van beweging (zie figuur 5.3). Daarnaast worden begeleidende verrichtingen en het sturen en oefenen van vaardigheden frequent toegepast. Fysische verrichtingen worden bij ruim 15% van de patiënten toegepast. Instrumentele verrichtingen en verrichtingen met betrekking tot hulpmiddelen worden nauwelijks toegepast. Er zijn geen grote verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten.

Figuur 5.3: Verrichtingen bij patiënten fysiotherapie met een afgeronde behandelperiode (n = 4.568)

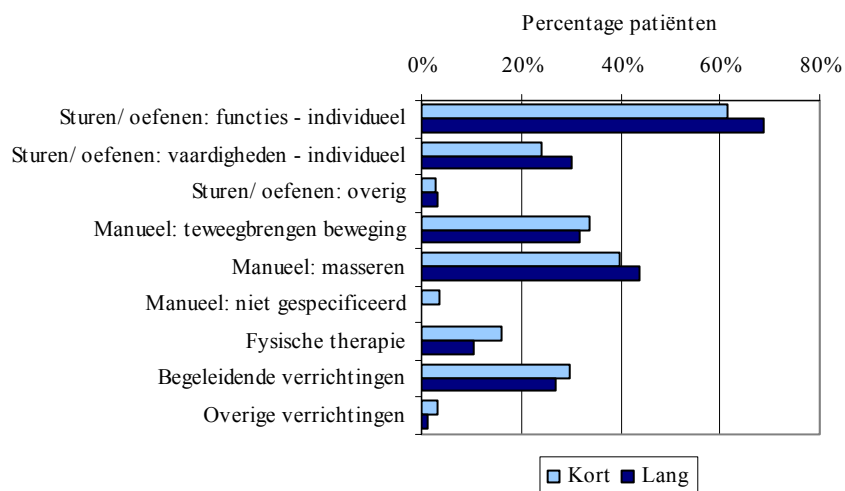


Indeling patiënten naar duur behandelperiodes

Zowel bij eenderde van de patiënten met een kortdurende behandelperiode als bij eenderde van de patiënten met een langdurige behandelperiode is het maximale aantal verrichtingen aangegeven.

In beide populaties bestaat de behandeling met name uit sturen en oefenen en manueel masseren (zie figuur 5.4). Verschillen tussen beide groepen zijn klein. Bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode wordt relatief vaker een verrichting met betrekking tot sturen en oefenen toegepast dan bij patiënten met een kortdurende behandelingsperiode, begeleidende en fysieke verrichtingen worden daarentegen minder frequent toegepast.

Figuur 5.4: Verrichtingen bij patiënten fysiotherapie met een afgeronde behandelingsperiode naar kortdurende behandelingsperiodes (n = 4.376) en langdurige behandelingsperiodes (n = 192)



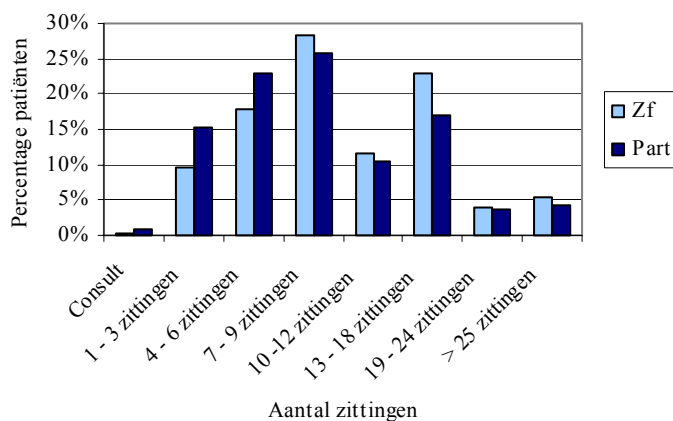
5.4 Aantal zittingen per afgeronde behandelingsperiode

☞ zie ook tabel 15 in bijlage 3

Gemiddeld worden patiënten 11,2 keer door de fysiotherapeut behandeld (standaarddeviatie = 9,8 en mediaan = 9). Ziekenfondsverzekerde patiënten worden significant vaker door de fysiotherapeut behandeld dan particulier verzekerden ($p = 0,00$) (respectievelijk 11,5 en 9,8 keer).

In beide verzekeringsvormen heeft ruim een kwart van de patiënten zeven tot negen zittingen ontvangen (zie figuur 5.5). Daarnaast heeft een aanzienlijk deel vier tot zes zittingen of 13 tot 18 zittingen ontvangen. Particulier verzekerde patiënten hebben relatief vaker minder dan zeven zittingen ontvangen dan ziekenfondsverzekerde patiënten. Mogelijk heeft dit te maken met de langere registratieduur voor ziekenfondsverzekerden binnen LiPZ, waardoor de oververtegenwoordiging van patiënten met een korte behandel-episode is afgenomen.

Figuur 5.5: Aantal zittingen fysiotherapie van patiënten met een afgeronde behandel-episode naar ziekenfonds- (n = 6.007) en particulier verzekerde patiënten (n = 1.400)



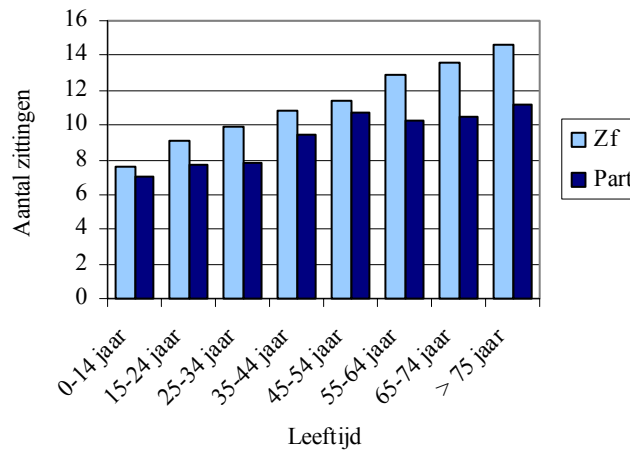
5.4.1 Aantal zittingen naar patiëntkenmerken



zie ook de tabellen 17 en 18 in bijlage 3

Zowel bij ziekenfondsverzekerden als bij particulier verzekerden zijn het geslacht en de leeftijd significant van invloed op het aantal zittingen in een behandelingsperiode. Gemiddeld worden in beide populaties vrouwen vaker behandeld dan mannen, dit verschil is echter niet groot. Daarnaast worden ouderen vaker behandeld (zie figuur 5.6). Gezien de hoge standaarddeviatie, is er blijkbaar een grote mate van spreiding in het aantal zittingen. Dit geldt overigens niet alleen voor de leeftijd, maar ook voor de overige kenmerken.

Figuur 5.6: Aantal zittingen fysiotherapie naar leeftijd voor ziekenfonds- (n = 5.983) en particulier verzekerde patiënten (n = 1.388) met een afgeronde behandelingsperiode



Bij ziekenfondsverzekerde patiënten hebben aanvullend het opleidingsniveau, de verwijzer, de duur van de klacht en recidivering van klachten invloed op het aantal zittingen. Hoger opgeleide patiënten worden gemiddeld iets minder vaak behandeld dan lager opgeleiden. Ook patiënten die door de huisarts verwezen zijn, worden gemiddeld minder vaak behandeld. Patiënten met reeds langdurige klachten bij aanvang van de behandelingsperiode ontvan-

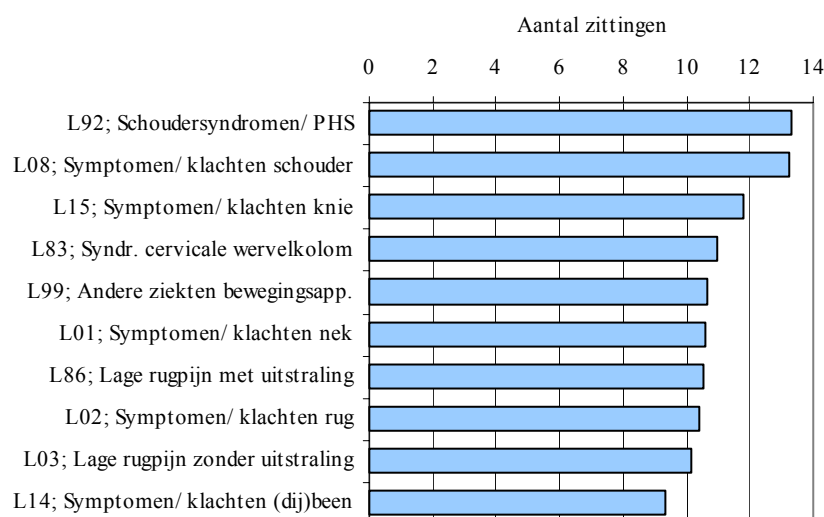
gen gemiddeld meer zittingen dan patiënten die kortere klachten hebben, terwijl patiënten met een recidiverende klacht juist minder vaak worden behandeld dan patiënten bij wie de klacht niet recidiverend is.

5.4.2 Aantal zittingen naar verwijfsdiagnosen

☞ zie ook tabel 19 in bijlage 3

De top tien van meest voorkomende verwijfsdiagnosen toont evenals de patiëntkenmerken variatie in het gemiddeld aantal zittingen bij ziekenfondsverzekerde patiënten (zie figuur 5.7). Patiënten met de diagnosen 'schouder-syndromen/ PHS' en 'symptomen/ klachten schouder' worden gemiddeld het vaakst behandeld (respectievelijk 13,3 en 13,2 keer). Patiënten met 'symptomen/klachten (dij)been' worden gemiddeld het minst behandeld (9,3 keer). Gezien het geringe aantal patiënten met een particuliere verzekering en een afgeronde behandelperiode, zal deze groep niet nader uitgesplitst worden.

Figuur 5.7: Aantal zittingen fysiotherapie naar de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen voor ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode (n = 3.657)



5.4.3 Aantal zittingen naar behandeldoelen

☞ zie ook tabel 20 in bijlage 3

Een indeling van het gemiddeld aantal zittingen naar de tien meest voorkomende 'combinaties' van hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau laat eveneens verschillen zien (zie tabel 5.3). Ziekenfondsverzekerde patiënten met de combinatie 'handelingen gebruik arm/hand' en 'mobiliteitsfuncties' ontvangen gemiddeld de meeste zittingen (15,3). Patiënten met alleen het hoofddoel 'handelingen houding veranderen' ontvangen gemiddeld het minste aantal zittingen (9,6).

Gezien het geringe aantal patiënten met een particuliere verzekering en een afgeronde behandelperiode, zal deze groep niet nader uitgesplitst worden.

Tabel 5.3: Aantal zittingen fysiotherapie naar de tien meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteiten- en lichaamsfunctieniveau voor ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

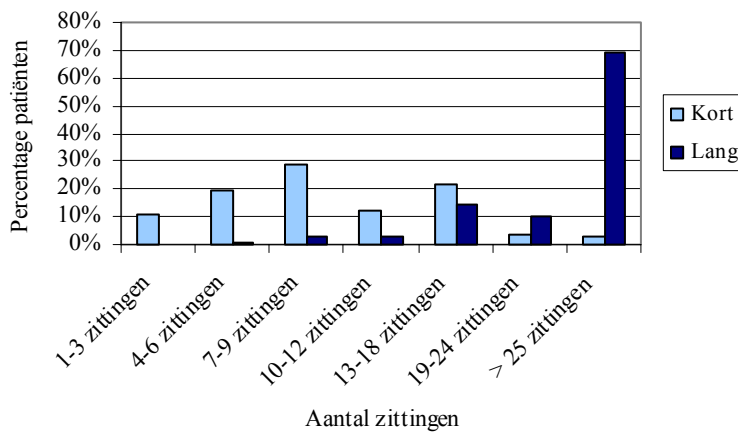
	Ziekenfonds			
	N	gem.	st.dev.	med.
Handelingen gebruik arm/ hand mobiliteitsfuncties	124	15,3	10,2	13,0
Handelingen voortbewegen (lopen) mobiliteitsfuncties	235	12,6	13,4	9,0
Handelingen voortbewegen (lopen) geen*	131	12,3	11,4	9,0
Geen* pijn	190	11,2	10,7	9,0
Houding mobiliteitsfuncties	171	10,8	6,6	9,0
Geen* mobiliteitsfuncties	239	10,5	6,1	9,0
Handelingen houding veranderen mobiliteitsfuncties	121	10,4	5,9	9,0
Geen* spierfuncties	181	10,3	5,3	9,0
Handelingen houding veranderen geen*	120	9,6	5,5	9,0
Houding geen*	0			

*n = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau.

5.5 Aantal zittingen per afgeronde behandel­episode naar kort- en langdurige behandel­episoden

Conform de verwachting worden patiënten met een langdurige behandel­episode vaker behandeld dan patiënten met een kortdurende behandel­episode. Het gemiddeld aantal zittingen van patiënten met een kortdurende behandel­episode bedraagt 10,0. Bij patiënten met een langdurige behandel­episode ligt het gemiddeld aantal zittingen ruim vier keer zo hoog: 46,0. 70% van deze patiënten heeft meer dan 25 zittingen ontvangen (zie figuur 5.8). Ongeveer 35% heeft zelfs meer dan 50 zittingen ontvangen. Dit is 2,7% van de totale populatie van de fysiotherapeut.

Figuur 5.8: Aantal zittingen fysiotherapie naar kortdurende (n = 7.195) en langdurige behandel­episoden (n = 1.036)



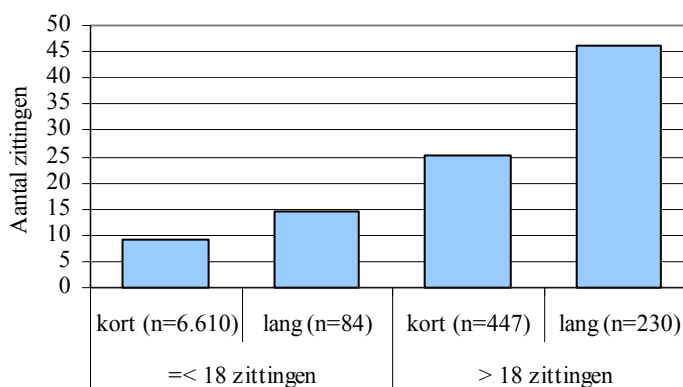
Voor een goede interpretatie van deze cijfers dient een kanttekening gemaakt te worden. Bij 70% van de patiënten met een langdurige behandel­episode is de behandel­episode nog niet afgerond. Van deze patiënten is nog niet duidelijk uit hoeveel zittingen de behandel­episode zal bestaan. Dit betekent dat het gemiddeld aantal zittingen van 46,0 een onderschatting is van het werkelijke gemiddelde.

5.5.1 Indeling aantal zittingen naar behandelduur

☞ zie ook tabel 16 in bijlage 3

Bij 90% van de patiënten wordt de behandelperiode binnen zes maanden afgesloten met maximaal 18 zittingen. Dit geldt zowel voor ziekenfondsverzekerden als voor particulier verzekerden. Het merendeel van de overige tien procent heeft minimaal 19 zittingen gehad in maximaal een half jaar tijd. In figuur 5.9 zijn vier groepen patiënten onderscheiden: patiënten met een korte behandelperiode en minder of meer dan 18 zittingen en patiënten met een langdurige behandelperiode en minder of meer dan 18 zittingen. In deze figuur is inzichtelijk gemaakt dat de patiëntenpopulatie voor het merendeel bestaat uit patiënten met weinig zittingen in een relatief korte periode. Het gemiddelde aantal zittingen van deze groep bedraagt 9,0. Daarnaast is zichtbaar dat er een kleine groep patiënten is met een langdurige behandelperiode en relatief weinig zittingen (gemiddeld 25) en een iets grotere groep met een langdurige behandelperiode en juist relatief veel zittingen (gemiddeld 46).

Figuur 5.9: Gemiddeld aantal zittingen fysiotherapie voor patiënten met een kortdurende behandelperiode en patiënten met een langdurige behandelperiode en een afgeronde behandelperiode naar het aantal zittingen (≤ 18 of > 18 zittingen)

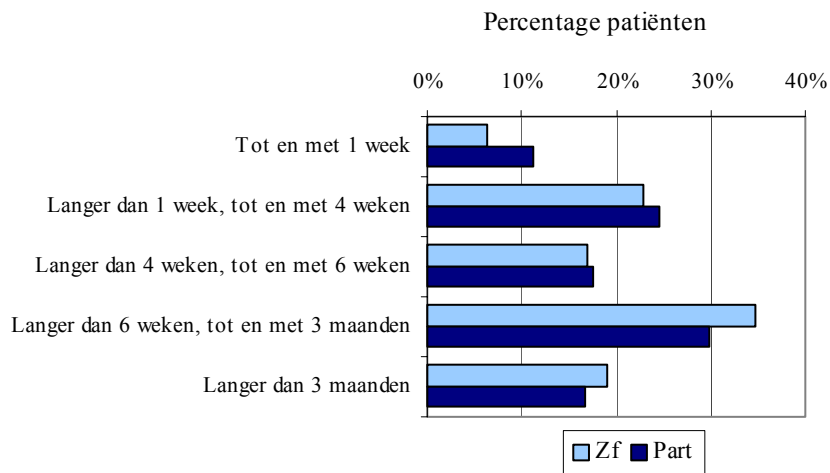


5.6 Behandelduur per afgeronde behandelingsperiode

☞ zie ook tabel 22 in bijlage 3

Eenderde van de patiënten is zes weken tot drie maanden onder behandeling van een fysiotherapeut (zie figuur 5.10). Daarnaast is bijna een kwart één tot vier weken onder behandeling. Over het algemeen is de behandelingsperiode van ziekenfondsverzekerde patiënten iets langer dan de behandelingsperiode van particulier verzekerde patiënten (respectievelijk 8,9 en 7,8 weken; $p = 0,00$).

Figuur 5.10: Behandelduur fysiotherapie naar ziekenfonds- ($n = 5.983$) en particulier verzekerde patiënten ($n = 1.388$) met een afgeronde behandelingsperiode

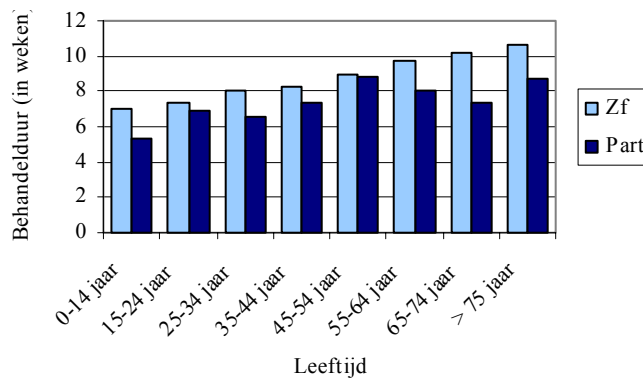


5.6.1 *Behandelduur naar patiëntkenmerken*

☞ zie ook de tabellen 23 en 24 in bijlage 3

Evenals op het aantal zittingen zijn het geslacht en de leeftijd ook significant van invloed op de behandelduur bij ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten. Vrouwelijke patiënten en ouderen worden gemiddeld langer behandeld dan mannelijke patiënten of jongeren (zie figuur 5.11).

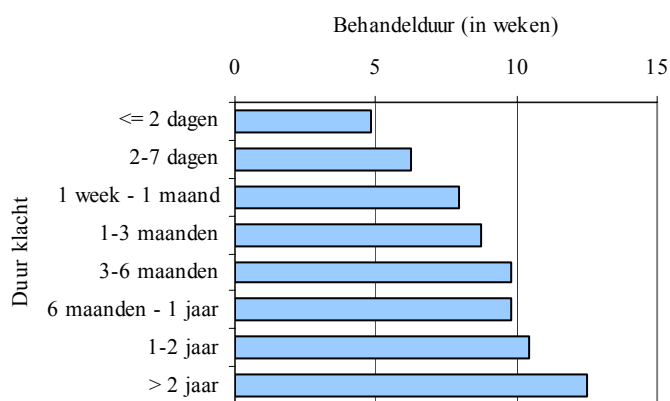
Figuur 5.11: Gemiddelde behandelduur fysiotherapie (in weken) naar de leeftijd voor ziekenfondsverzekerde patiënten (n = 5.983) en particulier verzekerde patiënten (n = 1.388) met een afgeronde behandelingsperiode



Naast het geslacht en de leeftijd zijn bij ziekenfondsverzekerde patiënten ook het opleidingsniveau, de verwijzer, de duur van de klacht bij aanvang van de behandelingsperiode, recidivering van de klacht en eerdere zorg van invloed op de behandelduur. Patiënten met een opleiding op HBO- of universitair niveau worden gemiddeld het kortst behandeld, evenals patiënten die door een huisarts verwezen zijn.

Naarmate de klachten langer bestaan bij aanvang van de behandel­episode, duurt de behandel­episode langer voort (zie figuur 5.12). Ook bij recidivering van klachten is er sprake van een langere behandel­episode. Patiënten die de twee jaar voorafgaand aan de behandel­episode geen eerdere zorg hebben ontvangen worden gemiddeld korter behandeld dan patiënten die in deze periode reeds een fysiotherapeutische behandeling hebben gehad. Evenals bij het aantal zittingen is ook bij de behandelduur sprake van een hoge mate van variatie.

Figuur 5.12: Gemiddelde behandelduur fysiotherapie (in weken) naar de duur van de klacht bij aanvang van de behandel­episode voor ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandel­episode (n = 3.382)

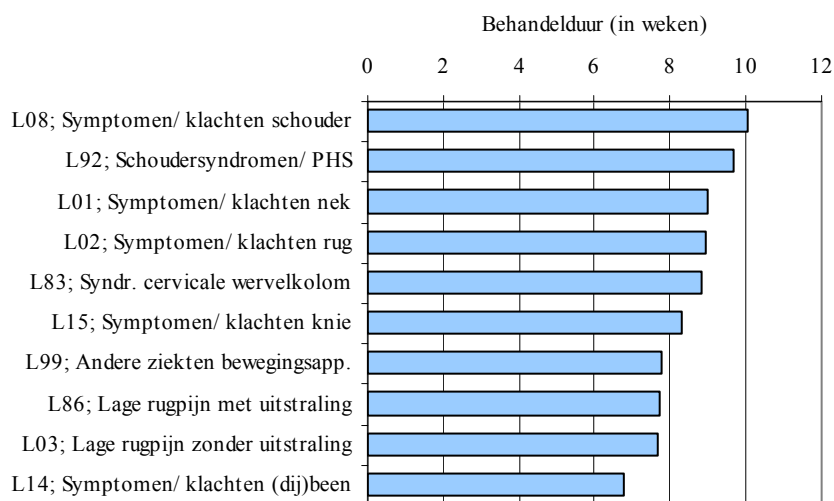


5.6.2 *Behandelduur naar verwijfsdiagnosen*


☞ zie ook tabel 25 in bijlage 3

Een indeling van de behandelduur van ziekenfondsverzekerde patiënten naar de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen laat evenals de indeling naar patiëntkenmerken een verschil zien (zie figuur 5.13). Patiënten met schouderklachten worden gemiddeld het langst behandeld (10 weken). Zoals in paragraaf 5.4.2 is beschreven ontvangen zij tevens de meeste zittingen. Patiënten met de verwijfsdiagnose 'symptomen/ klachten (dij)been' hebben gemiddeld de kortste behandelperiode (6,8 weken). Gezien het geringe aantal patiënten met een particuliere verzekering en een afgeronde behandelperiode, zal deze groep niet nader uitgesplitst worden.

Figuur 5.13: Gemiddelde behandelduur fysiotherapie (in weken) naar verwijfsdiagnosen voor ziekenfondsvezekerden met een afgeronde behandelperiode (n = 3.657)



5.6.3 *Behandelduur naar behandeldoelen*

 zie ook tabel 26 in bijlage 3

Ook een indeling van de behandelduur van ziekenfondsverzekerden naar de tien meest voorkomende 'combinaties' van hoofdbehandeldoelen op activiteiten- en lichaamsfunctieniveau laat verschillen zien (zie tabel 5.4). Patiënten met de combinatie 'handelingen gebruik arm/ hand' en 'mobiliteitsfuncties' worden gemiddeld het langst behandeld (10,8 weken). Patiënten met het behandeldoel 'pijngewaarwording' worden gemiddeld het kortst behandeld (7,2 weken).

Tabel 5.4: Behandelduur fysiotherapie (in weken) naar de tien meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteiten- en lichaamsfunctieniveau voor ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

	Ziekenfonds			
	N	gem.	st.dev.	med.
Handelingen gebruik arm/ hand mobiliteitsfuncties	124	10,8	8,1	9,3
Handelingen voortbewegen (lopen) geen*	131	9,3	8,8	7,0
Geen* spierfuncties	181	8,7	6,0	8,0
Handelingen voortbewegen (lopen) mobiliteitsfuncties	235	8,6	7,3	7,1
Geen* mobiliteitsfuncties	239	8,6	5,9	7,6
Handelingen houding veranderen mobiliteitsfuncties	121	8,5	6,6	7,4
Houding mobiliteitsfuncties	171	8,2	7,6	6,0
Handelingen houding veranderen geen*	120	7,5	7,1	4,9
Geen* pijn	190	7,2	6,2	5,4
Houding geen*	0			

*n = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau.

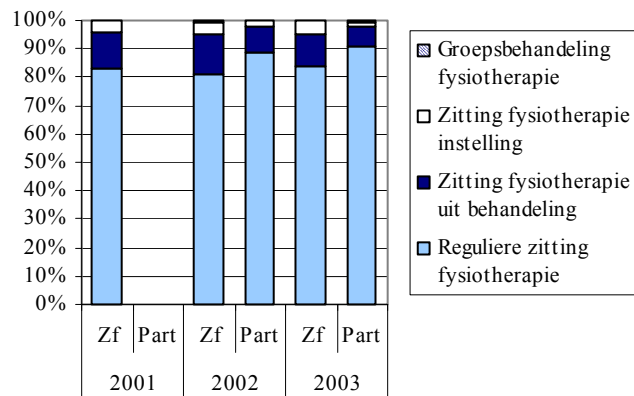
5.7 Prestatiecode

☞ zie ook tabel 28 in bijlage 3

Algemene populatie

Het merendeel van de zittingen wordt door de fysiotherapeut gedeclareerd als zijnde een reguliere zitting fysiotherapie (zie figuur 5.14). Bij particulier verzekerden ligt dit percentage hoger dan bij ziekenfondsverzekerden. In de laatstgenoemde groep vinden meer declaraties voor behandelingen in instellingen plaats. In beide groepen komen declaraties voor consulten en groepsbehandelingen slechts in zeer beperkte mate voor. Gedurende de jaren 2001 tot 2003 hebben er nauwelijks verschuivingen in het declaratietype plaatsgevonden.

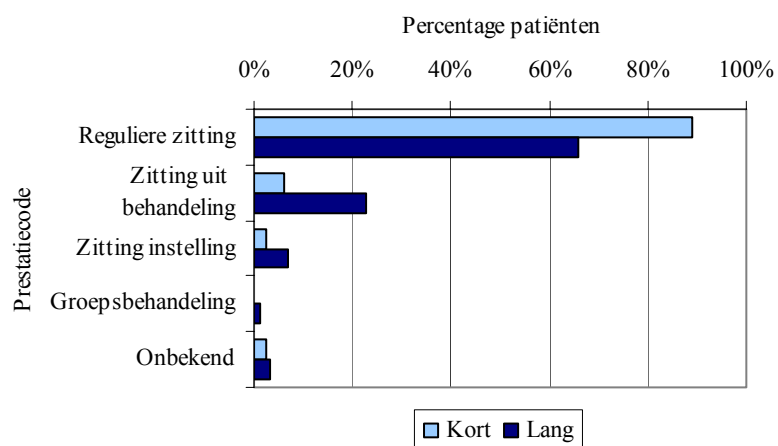
Figuur 5.14: Prestatiecode van de zittingen van patiënten fysiotherapie naar jaar van declareren en naar verzekeringsvorm



Indeling patiënten naar duur behandelafisoden

Patiënten met een langdurige behandelafisode worden vaker thuis behandeld dan patiënten met een kortdurende behandelafisode (respectievelijk 23% en 6%) (zie figuur 5.15). Daarnaast worden de patiënten met een langdurige behandelafisode vaker in een instelling behandeld (7% en 2%).

Figuur 5.15: Prestatiecode van de zittingen van patiënten fysiotherapie naar kortdurende (n = 70.866) en langdurige behandelafisoden (n = 46.523)



6 Evaluatie

Kernboodschap:

De reden voor beëindiging van de zorg is bij het merendeel van de patiënten 'cliënt uitbehandeld'. De behandeldoelen worden bij ongeveer 60% van de patiënten volledig bereikt en bij eenderde van de patiënten wordt binnen één week na het beëindigen van de behandelingsperiode een verslag naar de verwijzer gestuurd.

6.1 Inleiding

In deze paragraaf worden de gegevens met betrekking tot het resultaat van de behandeling besproken. Dit wordt gedaan aan de hand van gegevens omtrent de reden voor beëindiging van de zorg, het resultaat met betrekking tot het doel en de datum waarop het verslag naar de verwijzer is gestuurd.

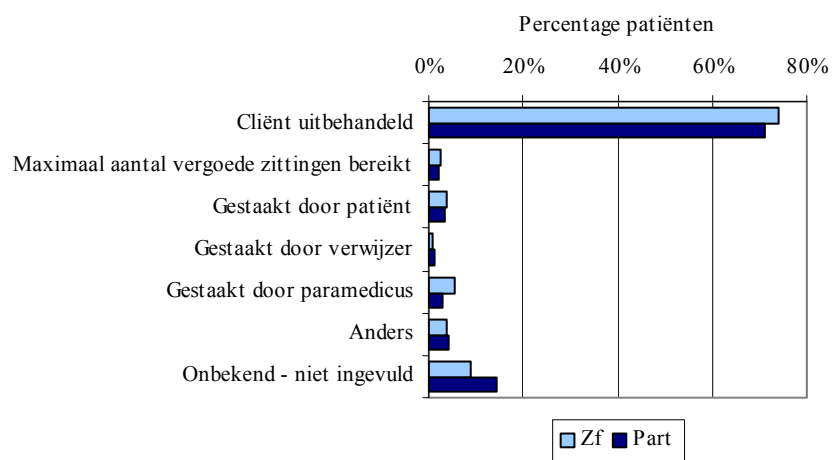
6.2 Reden einde zorg

☞ zie ook tabel 29 in bijlage 3

Algemene populatie

Bij ruim 70% van de patiënten is de reden voor afsluiting van de behandel-episode 'cliënt uitbehandeld' (zie figuur 6.1). Bij ziekenfondsverzekerden is het aandeel iets groter dan bij particulier verzekerde patiënten (respectieve-lijk 74% en 71%). Bij 2 tot 3% is het maximaal aantal vergoede zittingen bereikt.

Figuur 6.1: Reden voor beëindiging van de zorg bij patiënten fysiotherapie met een ziekenfondsverzekering (n = 3.437) of een particuliere verzekering (n = 1.362) en een afgeronde behandel-episode



Indeling patiënten naar duur behandel-episoden

Er zijn nauwelijks verschillen in de reden voor beëindiging van de zorg tus-sen patiënten met een kortdurende behandel-episode en patiënten met een langdurige behandel-episode. In beide groepen wordt ruim 70% van de be-handel-episoden beëindigd omdat de cliënt uitbehandeld is.

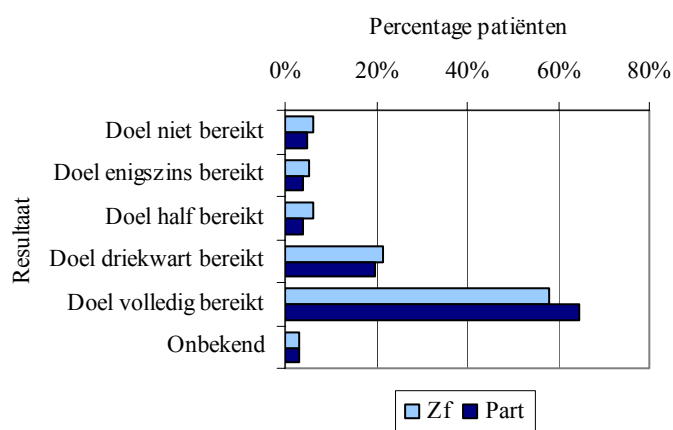
6.3 Resultaat met betrekking tot doel

☞ zie ook tabel 30 in bijlage 3

Algemene populatie

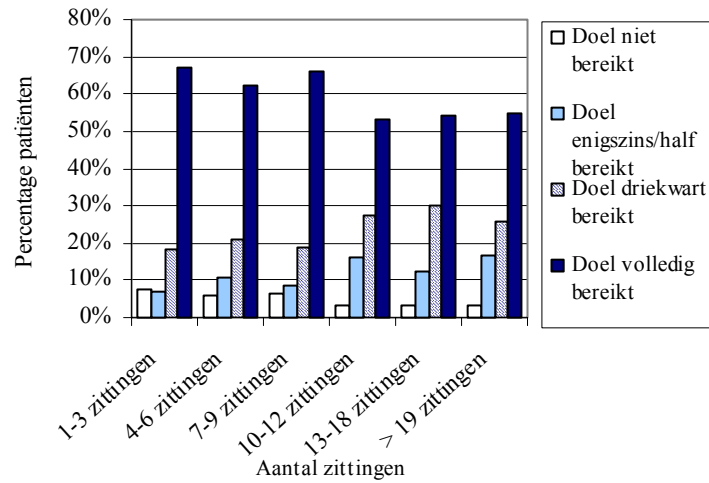
Bij een ruime meerderheid van de patiënten wordt een gunstig resultaat bereikt (zie figuur 6.2). Bij 58% van de ziekenfondsverzekerden en 65% van de particulier verzekerden worden de behandeldoelen naar het oordeel van de fysiotherapeut volledig bereikt. In beide groepen geeft de fysiotherapeut bij nog eens 20% van de patiënten aan dat het behandeldoel voor driekwart bereikt is.

Figuur 6.2: Het resultaat met betrekking tot het doel bij patiënten fysiotherapie met een afgeronde behandelperiode naar verzekeringsvorm (ziekenfonds, n = 3.424; particulier, n = 1.362)



In figuur 6.3 is het resultaat van de behandeling uitgesplitst naar het aantal zittingen fysiotherapie. Per categorie van het aantal zittingen is inzichtelijk gemaakt in welke mate de behandeldoelen bereikt zijn. In alle categorieën zijn bij de meerderheid van de patiënten de behandeldoelen volledig bereikt naar het oordeel van de fysiotherapeut. Dit percentage ligt bij de patiënten met minder dan 13 zittingen echter hoger dan bij de patiënten met 13 zittingen of meer. Bij deze laatste groep patiënten worden de behandeldoelen vaker voor driekwart bereikt. Het is opvallend dat in de groep patiënten met maximaal drie zittingen bij bijna 70% van de patiënten de behandeldoelen volledig bereikt worden en bij nog eens 20% voor driekwart. Blijkbaar leidt in deze groep bij een groot deel van de patiënten een beperkt aantal zittingen tot een gunstig resultaat.

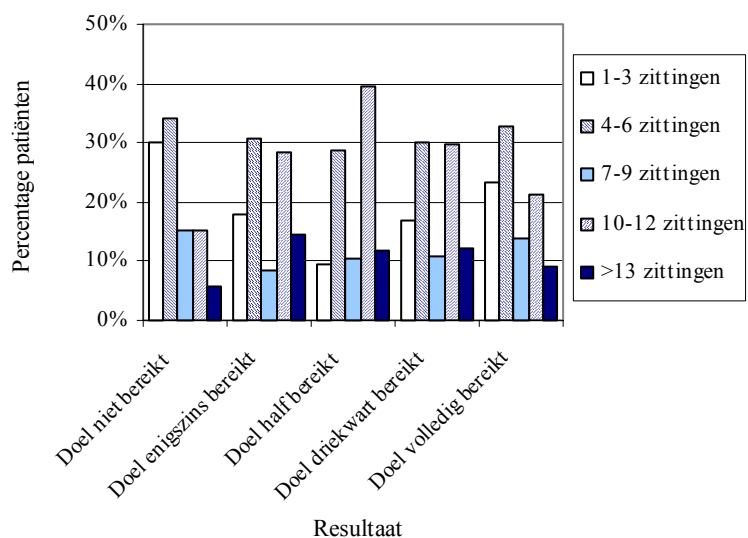
Figuur 6.3: Het resultaat met betrekking tot het doel uitgesplitst naar het aantal zittingen fysiotherapie voor patiënten met een afgeronde behandelperiode (n = 4.139)



In figuur 6.4 is de relatie tussen het aantal zittingen en het resultaat van de zorg vanuit een ander perspectief bekeken. Per categorie van het resultaat van de zorg is inzichtelijk gemaakt hoeveel zittingen hebben plaatsgevonden per behandelingsperiode.

Ruim 60% van de patiënten bij wie de behandeldoelen niet bereikt zijn, heeft minder dan zeven zittingen gehad. Het aandeel patiënten met zeven tot negen zittingen of meer dan 13 zittingen is in alle categorieën laag.

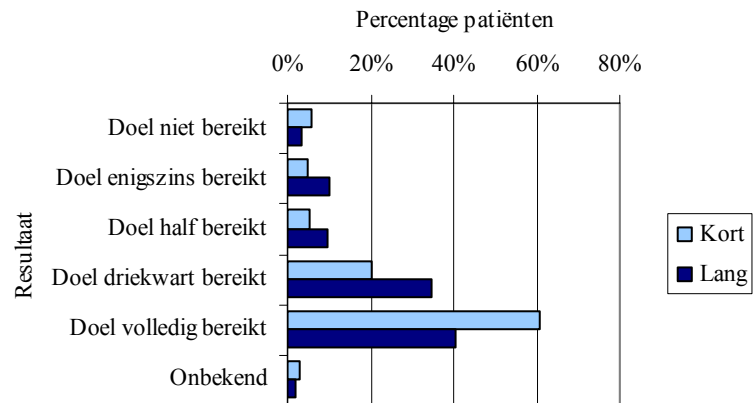
Figuur 6.4: Het aantal zittingen fysiotherapie uitgesplitst naar het resultaat van de zorg voor patiënten met een afgeronde behandelingsperiode (n = 4.139)



Indeling patiënten naar duur behandelafstanden

Bij patiënten met een kortdurende behandelafstand worden relatief vaker de behandelafdoelen volledig bereikt dan bij patiënten met een langdurige behandelafstand (zie figuur 6.5).

Figuur 6.5: Het resultaat met betrekking tot het doel van patiënten fysiotherapie met een afgeronde behandelafstand naar kortdurende (n = 4.574) en langdurige behandelafstanden (n = 200)



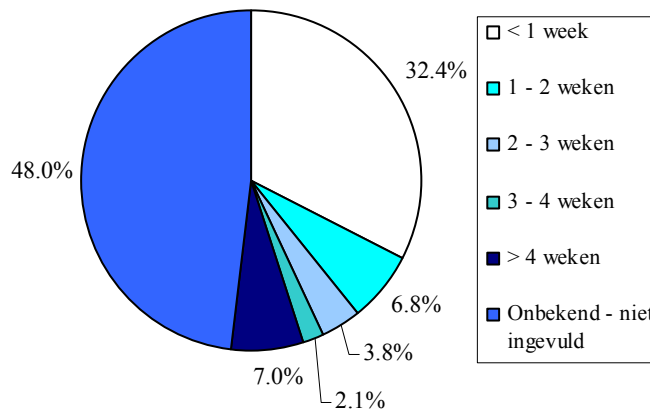
6.4 Verslag naar de verwijzer

☞ zie ook tabel 31 in bijlage 3

Algemene populatie

Na het afronden van een behandelingsperiode stuurt de fysiotherapeut een evaluatieverslag omtrent de behandelingsperiode naar de verwijzer. Bij bijna eenderde van de patiënten wordt binnen een week na afronding van de behandelingsperiode een verslag naar de verwijzer gestuurd (zie figuur 6.6). Van bijna de helft van de patiënten is echter niet bekend wanneer het evaluatieverslag verzonden is. Er zijn geen verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten.

Figuur 6.6: Periode tussen het laatste behandelcontact en het versturen van het evaluatieverslag naar de verwijzer voor patiënten fysiotherapie met een afgeronde behandelingsperiode (n = 4.799)



Indeling patiënten naar duur behandelingsperiodes

Verschillen tussen patiënten met een kortdurende behandelingsperiode en patiënten met een langdurige behandelingsperiode zijn slechts klein wat betreft het versturen van het evaluatieverslag naar de verwijzer. In beide groepen wordt het merendeel van de verslagen binnen één week na afronding van de behandelingsperiode verzonden.

Referenties

- (1) Wimmers R, Swinkels I, Visser I, Bakker de D, Ende van den E. Jaarboek LiPZ 2001. Deel 1 Beroepsgroep fysiotherapie. Utrecht: NIVEL, 2002.
- (2) IJland CM, Doornink H, Hoeksma BH. Haalbaarheidsonderzoek experimenten richtlijnen fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck. Enschede: Hoeksma, Homans en Menting, 2000.
- (3) Hofhuis H, Boer de M, Steultjens E, Ende van den E. Naar een flexibele vergoedingsregeling voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Utrecht: NIVEL, 2002.
- (4) Pijnenborg A, Berkel van L, Ende van den E, Ravensberg van D, Oostendorp R, Dekker J. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck: resultaten van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 1. Amersfoort/Utrecht: NPi/NIVEL, 1998.
- (5) Gezondheidsraad. De effectiviteit van fysische therapie; elektrotherapie, lasertherapie, ultrageluidbehandeling. Den Haag: Gezondheidsraad, 1999.
- (6) RGO. Advies Onderzoek Fysiotherapie. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2003.
- (7) Gebel RS, Lamberts H. ICPC-1 met Nederlandse subtitels. 4 ed. Utrecht: Nederlands Huisarts Genootschap, 2000.
- (8) Hingstman L, Kenens R, Windt van den W, Talma HF, Meihuizen HE, Voogd-Hamelink de AM. Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2001. Hoofdrapport. Tilburg: OSA publicatie ZW 21, 2001.
- (9) Verheij R, Jabaaij L, Bakker de D, Abrahamse H, Hoogen van den H, Braspenning J et al. LINH jaarrapport 2001 cijfers uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg: contacten, verwijzingen en voorschrijven in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2002.
- (10) Dekker J, Ravensberg van D, Ende van den E, Oostendorp R. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck en het Amsterdams Dienstenmodel: samenvatting van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 4. Utrecht: NIVEL/Npi, 1998.

Bijlage 1

Operationalisering variabelen LiPZ-project voor fysiotherapie

Per basisonderzoeksvraag wordt vermeld van welke variabelen in het LiPZ-project gebruik is gemaakt om de betreffende onderzoeksvraag te beantwoorden. Bij elke variabele wordt de volgende informatie vermeld:

- Omschrijving van de variabele
- Mogelijke waarden
De waarden worden aangegeven zoals die in de praktijksoftwarepakketten voorkomen. Deze waarden komen voor in de Vektis standaard of in een door de sturgroep vastgestelde keuzelijst. De therapeuten kiezen uit een van de aangegeven mogelijkheden.
- Verwijzing naar Vektis
Indien de variabele voorkomt in de Vektis standaard wordt het rubrieknummer aangegeven.
- LiPZ
De relevantie van de variabele wordt aangegeven d.m.v. een S of een R. De S staat voor sleutel en de R voor rapport. Sleutel betekent dat de variabele een sleutelvariabele is voor de centrale database. Registratie is dan noodzakelijk vanwege technische redenen. Rapport betekent dat de variabele in het LiPZ-rapport zal voorkomen. Aangegeven wordt welke waarden de variabele in het LiPZ-rapport kan hebben.

1. Wat zijn de kenmerken van patiënten verwezen voor paramedische zorg?

Variabele:	Geboortedatum patiënt
Omschrijving:	Datum waarop de patiënt geboren is.
Mogelijke waarden:	EEJJMMDD
Vektis-rapport:	Rubriek 208 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: DATUM GEBOORTE VERZEKERDE
LiPZ:	R 0-14 jaar 15-24 jaar 25-34 jaar 35-44 jaar 45-54 jaar 55-64 jaar 65-74 jaar 75+ jaar

Variabele:	Geslacht patiënt
Omschrijving:	Unieke aanduiding van de sekse van de patiënt, of het niet bekend zijn daarvan.
Mogelijke waarden:	0 Onbekend 1 Mannelijk 2 Vrouwelijk 9 Niet gespecificeerd
Vektis-rapport:	Rubriek 209 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: CODE GESLACHT
LiPZ:	R Man Vrouw Onbekend

Variabele:	Code zorgverzekering
Omschrijving:	Aanduiding ten laste van welke verzekering de paramedische hulp is verstrekt.
Mogelijke waarden:	00 Niet van toepassing 10 Particulier 20 Particulier en aanvullend verzekerd 30 Ziekenfonds 40 Ziekenfonds en aanvullend verzekerd 50 Publiekrechtelijk verzekerd 60 Publiekrechtelijk en aanvullend verzekerd 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Niet
Opmerking	In rubriek 217 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: VERZEKERINGSBASIS wordt weliswaar ook een codering voor soorten zorgverzekeringen vastgelegd, maar in verband met het ontbreken van een codering voor publiekrechtelijke verzekeringsmaatschappijen is gekozen voor een eigen code-set
LiPZ:	R Idem mogelijke waarden

Variabele:	Opleidingsniveau patiënt
Omschrijving:	Identificerende aanduiding voor het hoogst behaalde schoolniveau van de patiënt.
Mogelijke waarden:	01 Speciaal onderwijs 02 Basisonderwijs 03 VBO/LBO/VMBO (beroepsgerichte leerweg) 04 MAVO/VMBO (theoretische leerweg) 05 HAVO/MULO/MMS 06 VWO/HBS/GYMNASIUM 07 MBO 08 HBO/Universitair 09 Anders 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ:	R Idem mogelijke waarden

Variabele:	Patiëntnummer
Omschrijving:	Unieke identificerende aanduiding van een persoon per paramedische praktijk. Dit nummer wordt bepaald door de praktijk.
Mogelijke waarden:	Vrij
Vektis-rapport:	Rubriek 205 (bij afwezigheid 404) van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2, d.d. 01-10-2001: PATIENTIDENTIFICATIE ZORGVERLENER
LiPZ:	S

Variabele:	Postcode Patiënt
Omschrijving:	De eerste vier cijfers van de postcode van het adres van de patiënt.
Mogelijke waarden:	De codering bestaat uit vier cijfers.
Vektis-rapport:	Rubriek 214 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: POSTCODE (HUISADRES) VERZEKERDE
LiPZ-rapport:	R Stedelijkheid (indeling CBS): Zeer stedelijk Sterk stedelijk Matig stedelijk Weinig stedelijk Niet stedelijk

2. Door welke medici en voor welke klachten/aandoeningen worden patiënten voor paramedische zorg verwezen?

Variabele: Code soort indicatie VWS-lijst

Omschrijving:	Unieke identificerende code die aangeeft van welke soort indicatie paramedische hulp sprake is n.a.v. de Regeling Paramedische Hulp.
Mogelijke waarden:	001 Eerste aandoening lijst langdurige/intermitterende therapie 002 Tweede of vervolgaandoening lijst 003 Eerste indicatie fysiotherapie, niet op lijst 004 Eerste indicatie kinderfysiotherapie, niet op lijst 005 Eerste vervolgindicatie kinderfysiotherapie, niet op lijst 009 Behandelingen die niet onder de regeling Paramedische hulp vallen
Vektis-rapport:	Rubriek 418 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: CODE SOORT INDICATIE PARAMEDISCHE HULP
LiPZ:	R Lijstpatiënten Niet-lijstpatiënten

Variabele: Datum verwijzing

Omschrijving:	Datum waarop de verwijzing van de patiënt naar de paramedicus heeft plaatsgevonden.
Mogelijke waarden:	EEJJMMDD
Vektis-rapport:	Rubriek 408 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: VERWIJSDATUM
LiPZ:	S

Variabele: **Soort verwijzer**
 Omschrijving: Nadere verbijzondering van de verwijzende zorgverlener per soort/ beroepsgroep.
 Mogelijke waarden: Zie hiervoor Vektis-codering COD016-VNZ Zorgverlenerspecificatie
 Vektis-rapport: Rubriek 407 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: ZORGVERLENERSPECIFICATIE VERWIJZER
 LiPZ: R
 Top 10 verwijzer

Variabele: **Verwijsdiagnose verwijsbrief**
 Omschrijving: Unieke identificatie van de diagnosecodering zoals deze door de verwijzer wordt gehanteerd (ICPC-code).
 Mogelijke waarden: Zie hiervoor ICPC codering.
 Vektis-rapport: Niet
 LiPZ: R
 Per beroepsgroep de Top 10 verwijsdiagnoses volgens de ICPC

3. *Wat is er bekend over het 'gezondheidsprobleem' van de patiënt die verwezen wordt naar paramedische zorg?*

Variabele: **Recidief klacht**
 Omschrijving: Een zelfde klacht die optreedt na een klachtenvrije periode van minimaal vier weken en maximaal twee jaar.
 Mogelijke waarden: J Ja
 N Nee
 O Onbekend
 Vektis-rapport: Niet
 LiPZ: R
 Idem mogelijke waarden

Variabele:	Duur klacht
Omschrijving:	Indicatie die aangeeft hoe lang de klacht reeds bestaat.
Mogelijke waarden:	01 2 dagen of minder 02 Meer dan 2 dagen en maximaal 7 dagen 03 Meer dan 1 week en maximaal 1 maand 04 Meer dan 1 maand en maximaal 3 maanden 05 Meer dan 3 maanden en maximaal 6 maanden 06 Meer dan 6 maanden en maximaal 1 jaar 07 Meer dan 1 jaar en maximaal 2 jaar 08 Meer dan 2 jaar 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ:	R Idem mogelijke waarden

Variabele:	Beroepsspecifieke richtlijn
Omschrijving:	Indicatie die aangeeft of de specifiek voor de beroepsgroep geldende richtlijn van behandeling van toepassing is.
Mogelijke waarden:	01 Acut enkelletsel 02 Stress urine-incontinentie 03 Chronische obstructieve longaandoening (COPD) 04 Postoperatief lumbosacraal radiculair syndroom 05 Whiplash 06 Osteoporose 07 Artrose heup-knie 08 Lage rugpijn 09 Hartrevalidatie 10 Chronisch enkelletsel 11 Acut knieletsel
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ-rapport:	R Idem mogelijke waarden

Variabele:	Eerder therapie
Omschrijving:	Indicatie die aangeeft of de patiënt al eerder fysiotherapie en/ of oefentherapie Cesar en/ of oefentherapie-Mensendieck heeft gehad voor deze of andere klachten gedurende de afgelopen 2 jaar.
Mogelijke waarden:	01 Fysiotherapie 02 Oefentherapie Cesar 03 Oefentherapie-Mensendieck 04 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar en/ of oefentherapie-Mensendieck 05 Oefentherapie Cesar en/ of oefentherapie-Mensendieck 10 Geen 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Niet
LiPZ:	R Idem mogelijke waarden

4. Hoe ziet een paramedisch behandelplan er uit in termen van behandel-
doelen, welke verrichting(en) zijn er uitgevoerd en wat is werkelijke
omvang van de behandel-episode?

Variabele:	Code behandel- doel
Omschrijving:	De unieke codering waarmee een behandel- doel kan worden geïdentificeerd.
Mogelijke waarden:	Op het niveau van activiteiten en lichaamsfuncties (ICF) mag er één hoofd- en één subdoel aangegeven worden.
	<i>Activiteiten</i>
	01 Houding
	02 Handelingen om houding te veranderen
	03 Handelingen om zichzelf te verplaatsen (transfers)
	04 Handelingen in het kader van optillen en meenemen
	05 Handelingen in het kader van het met de onderste extremititeit verplaatsen van objec- ten
	06 Handelingen in het kader van nauwkeurig gebruik van de hand en vingers
	07 Handelingen in het kader van gebruik van arm en de hand
	08 Handelingen in het kader van zich voort- bewegen (lopen)
	09 Handelingen in het kader van zich voort- bewegen (excl. lopen)
	10 Handelingen in het kader van zich voort- bewegen met hulpmiddelen
	11 Overige activiteiten
	<i>Lichaamsfuncties</i>
	20 Mobiliteitfuncties, mobiliteit van gewrich- ten
	21 Mobiliteitfuncties, stabiliteit van gewrichten
	22 Mobiliteitfuncties, mobiliteit van botten
	30 Spierfuncties, spiersterkte
	31 Spierfuncties, spiertonus

	32	Spierfuncties, spieruithoudingsvermogen
	40	Bewegingsfuncties motorische reflex- functies
	41	Bewegingsfuncties onwillekeurige bewe- gingsreacties
	42	Bewegingsfuncties controle van willekeuri- ge bewegingen
	43	Bewegingsfuncties onwillekeurige bewe- gingen
	44	Bewegingsfuncties gangpatroon
	50	Lichaamshouding, cervicaal
	51	Lichaamshouding, thoracaal
	52	Lichaamshouding, lumbaal
	53	Lichaamshouding, totaal
	60	Cardiovasculair systeem, functioneren hart
	61	Cardiovasculair systeem, fysieke uithou- dingsvermogen
	62	Cardiovasculair systeem, afvoer oedeem, doorbloeding
	70	Ademhalingssysteem, ademhaling frequen- tie, ritme, diepte
	71	Ademhalingssysteem, ademhalingspiersen
	80	Functie huid, mobiliteit
	81	Functie huid, herstel
	90	Sensorische functie, pijngewaarwording
	95	Overige functies
Vektis-rapport:	Niet	
LiPZ:	R	
		Idem mogelijke waarden

Variabele:	Code verrichting
Omschrijving:	Unieke identificatie van de verrichting van een paramedicus welke 50 % of meer gedurende de behandelperiode is gebruikt.
Mogelijke waarden:	<p>707 Manuele verrichting - Manueel teweegbrengen beweging</p> <p>708 Manuele verrichting - Manueel masseren</p> <p>709 Manuele verrichting - Niet gespecificeerd</p> <p>710 Fysische therapie - Apparatief toedienen elektrische energie</p> <p>711 Fysische therapie - Apparatief toedienen elektromagnetische energie</p> <p>712 Fysische therapie - Apparatief toedienen mechanische energie</p> <p>713 Fysische therapie - Apparatief toedienen thermische energie</p> <p>714 Fysische therapie - Apparatief toedienen combinaties</p> <p>715 Fysische therapie - Niet gespecificeerd</p> <p>716 Sturen en oefenen - Individueel sturen/oefenen van functies</p> <p>717 Sturen en oefenen - Groepsgewijs sturen/oefenen van functies</p> <p>718 Sturen en oefenen - Individueel sturen/oefenen van vaardigheden</p> <p>719 Sturen en oefenen - Groepsgewijs sturen/oefenen van vaardigheden</p> <p>720 Sturen en oefenen - Niet gespecificeerd</p> <p>721 Begeleidende verrichtingen - Informeren/adviseren</p> <p>722 Begeleidende verrichtingen - Bieden van steun</p> <p>723 Begeleidende verrichtingen - Niet gespecificeerd</p>

- 724 Instrumentele verrichting - Toepassing instrumentele verrichtingen
- 725 Medicamenteuze verrichting - Toedienen medicamenten/ stoffen
- 726 Hulpmiddelen - Ontwerpen hulpmiddelen
- 727 Hulpmiddelen - Maken/ vervaardigen van hulpmiddelen
- 728 Hulpmiddelen - Aanpassen/ verbeteren van hulpmiddelen
- 729 Hulpmiddelen - Aanbrengen/ aanleggen van hulpmiddelen
- 730 Hulpmiddelen - Testen en controleren van hulpmiddelen
- 731 Hulpmiddelen - Het voorzien in hulpmiddelen, niet gespecificeerd
- 732 Overige verrichtingen

Vektis-rapport:

Opmerking:

Niet
therapeut registreert de verrichting die in een delevisode 50 % of meer voorkomt. In totaal kunnen er per behandelplan in afnemende mate van belangrijkheid drie verrichtingen aangegeven worden.

LiPZ:

R
Idem mogelijke waarden

Variabele:

Datum behandelcontact

Omschrijving:

Datum waarop het behandelcontact (sessie) heeft plaatsgevonden.

Mogelijke waarden:

EEJJMMDD

Vektis-rapport:

Rubriek 421 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: BEHANDELINGSDATUM

LiPZ:

R
0-3 zittingen
4-6 zittingen
7-9 zittingen
10-12 zittingen
13-18 zittingen

19-24 zittingen
>24 zittingen
Totaal Gemiddeld
Totaal SD

Variabele:	Prestatiecode
Omschrijving:	De gecodeerde aanduiding van de behandeling van de paramedicus, welk onderdeel is van de uitvoering van een behandelplan.
Mogelijke waarden:	Conform Vektis Codelijst COD192
	1000 Reguliere zitting fysiotherapie
	1001 Zitting fysiotherapie inclusief toeslag uit behandeling
	1002 Zitting fysiotherapie inclusief inrichtings-toeslag
	1100 Zitting kinderfysiotherapie
	1101 Zitting kinderfysiotherapie inclusief toeslag uit behandeling
	1102 Zitting kinderfysiotherapie inclusief inrichtingstoeslag
	1200 Zitting manuele therapie
	1201 Zitting manuele therapie inclusief toeslag uit behandeling
	1202 Zitting manuele therapie inclusief inrichtingstoeslag
	1300 Groepsbehandeling fysiotherapie
	1400 Consult fysiotherapie
	1401 Consult fysiotherapie inclusief toeslag uit behandeling
	1402 Consult fysiotherapie inclusief inrichtings-toeslag
	1500 Zitting oedeemtherapie
	1501 Zitting oedeemtherapie inclusief toeslag uit behandeling
	1502 Zitting oedeemtherapie inclusief inrichtingstoeslag

Vektis-rapport:	Rubriek 423 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: PRESTATIECODE PARAMEDISCHE HULP
LiPZ-rapport:	Reguliere zitting fysiotherapie Zitting kinderfysiotherapie Zitting manuele therapie Zitting oedeemtherapie Groepsbehandeling Consult
	In praktijk Buiten praktijk

5. Wat is het resultaat van de behandeling?

Variabele:	Reden einde zorg
Omschrijving:	De reden waarom de behandeling is beëindigd.
Mogelijke waarden:	01 Behandeling is nog niet beëindigd
	02 Patiënt uitbehandeld - behandelgoal bereikt
	03 Geen machtiging voor verlenging behandeling
	04 Patiënt is opgenomen in een instelling
	05 Niet-chronisch is chronisch geworden
	06 Chronisch is niet-chronisch geworden
	10 Patiënt is op eigen initiatief gestopt
	11 Patiënt is verhuisd
	12 Patiënt is overleden
	20 Patiënt is niet meer verzekerd voor deze zorg
	21 Patiënt is overgegaan naar andere zorgverzekeraar
	30 Verwijzer stopte de behandeling
	40 Paramedicus stopte de behandeling
	41 Patiënt is overgegaan naar andere behandelaar
	50 Eenmalig onderzoek
	99 Onbekend

Vektis-rapport: Rubriek 428 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: REDEN EINDE ZORG

LiPZ: R
Gunstig resultaat
Max. aantal vergoede zitting bereikt
Gestaakt door patiënt
Gestaakt door verwijzer
Gestaakt door paramedicus
Anders
Onbekend

Variabele: **Resultaat m.b.t. doel**
Omschrijving: De mate waarin de behandeldoelen zijn bereikt.
Mogelijke waarden: 01 De behandeldoelen zijn niet bereikt
02 De behandeldoelen zijn enigszins bereikt
03 De behandeldoelen zijn voor de helft bereikt
04 De behandeldoelen zijn voor driekwart bereikt
05 De behandeldoelen zijn volledig bereikt
99 Onbekend

Vektis-rapport: Niet
LiPZ: R
Idem mogelijke waarden

Variabele: **Datum verslag verwijzer**
Omschrijving: De datum waarop het evaluatieverslag van de behandeling naar de verwijzer is gestuurd.
Mogelijke waarden: EEJJMMDD
Vektis-rapport: Niet
LiPZ: R
Weken na laatste behandeling:
< 1 week
1 - 2 weken
2 - 3 weken
3 - 4 weken
> 4 weken
Onbekend

Bijlage 2

Representativiteit LiPZ-netwerk fysiotherapie

De representativiteit van het LiPZ-project voor de beroepsgroep fysiotherapie is op drie niveau's nagegaan: op praktijk-, therapeut- en patiëntniveau.

Representativiteit van de deelnemende praktijken

De kenmerken van de LiPZ-praktijken fysiotherapie ($n = 34$) zijn vergeleken met de kenmerken van de praktijken uit de Peiling Fysiotherapie eerste lijn 2001 ($n = 4.590$) (8). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van een aantal kenmerken van de praktijken. Aangezien het aantal LiPZ-praktijken relatief laag is, dienen vergelijkingen tussen beide groepen met enige voorzichtigheid plaats te vinden. Met de chi-kwadraattoets is bekeken of verschillen statistisch significant zijn. Er is sprake van een significant verschil als de p-waarde kleiner is dan 0,05.

LiPZ-praktijken komen wat betreft alle kenmerken goed overeen met de praktijken uit de Peiling. In beide groepen is het merendeel solopraktijk (29% van de LiPZ-praktijken en 36% van de praktijken uit de Peiling). De LiPZ-praktijken liggen goed verdeeld over Nederland. De meeste praktijken bevinden zich in de provincies Noord- en Zuid-Holland. Hier bevinden zich eveneens de meeste praktijken volgens de Peiling. Ook de verdeling over de verschillende regio's komt goed overeen met de Peiling: in het westen van het land bevinden zich de meeste LiPZ-praktijken en de meeste praktijken uit de Peiling.

Over het algemeen zijn de LiPZ-praktijken gevestigd in de matig tot sterk stedelijke gebieden. Hier bevinden zich tevens de meeste praktijken volgens de peiling. LiPZ-praktijken bevinden zich echter relatief iets vaker in matig stedelijke gebieden dan praktijken in de Peiling en relatief minder vaak in de zeer stedelijke gebieden.

Geconcludeerd kan worden dat de representativiteit op praktijkniveau goed is.

Tabel 1: Kenmerken van LiPZ-praktijken fysiotherapie versus praktijken fysiotherapie uit de Peiling Fysiotherapie eerste lijn 2001

	LiPZ		Peiling		p	
	34	%	4.590	%		
Aantal therapeuten per praktijk						
1 therapeut	10	29,4%	1.646	35,9%	0,16	
2 therapeuten	7	20,6%	986	21,5%		
3 therapeuten	3	8,8%	641	14,0%		
4 therapeuten	8	23,5%	476	10,4%		
> 5 therapeuten	6	17,6%	841	18,3%		
Aantal praktijk per provincie						
Groningen	1	2,9%	124	2,7%	0,95	
Friesland	2	5,9%	160	3,5%		
Drenthe	0	0,0%	112	2,4%		
Overijssel	1	2,9%	305	6,6%		
Flevoland	0	0,0%	60	1,3%		
Gelderland	2	5,9%	540	11,8%		
Utrecht	4	11,8%	392	8,5%		
Noord-Holland	8	23,5%	876	19,1%		
Zuid-Holland	7	20,6%	961	20,9%		
Zeeland	1	2,9%	102	2,2%		
Noord-Brabant	6	17,6%	666	14,5%		
Limburg	2	5,9%	292	6,4%		
Aantal praktijken per regio						
Noord	3	8,8%	396	8,6%		0,46
Oost	3	8,8%	905	19,7%		
West	19	55,9%	2.229	48,6%		
Zuid	9	26,5%	1.060	23,1%		
Mate van verstedelijking						
Zeer stedelijk	3	8,8%	861	18,8%	0,35	
Sterk stedelijk	8	23,5%	1.199	26,1%		
Matig stedelijk	11	32,4%	956	20,8%		
Weinig stedelijk	6	17,6%	925	20,2%		
Niet stedelijk	6	17,6%	649	14,1%		

Representativiteit van de deelnemende therapeuten

De kenmerken van fysiotherapeuten uit het LiPZ-netwerk ($n = 72$) zijn eveneens vergeleken met gegevens uit de Peiling Fysiotherapie eerste lijn 2001 ($n = 12.695$). In tabel 2 wordt een overzicht gegevens van deze kenmerken. Ook hier dienen de gegevens met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Met behulp van de Chi-kwadraattoets is getoetst of verschillen statistisch significant zijn. Er is sprake van een significant verschil als de p -waarde kleiner is dan 0,05.

De verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke fysiotherapeuten wijkt in het LiPZ-netwerk af van de verhouding in de Peiling. LiPZ-fysiotherapeuten zijn relatief vaker van het mannelijke geslacht dan praktijken uit de Peiling (respectievelijk 63% en 50%). Wat betreft de leeftijd, aantal direct patiëntgebonden uren per week en het jaar van afstuderen wijken de LiPZ-therapeuten niet significant af van de Peiling. Het grootste deel van de LiPZ-therapeuten is tussen de 46 en 55 jaar oud, heeft 21 tot 40 direct patiëntgebonden uren in de week en is tussen 1970 en 1989 afgestudeerd. Geconcludeerd kan worden dat de representativiteit op therapeutniveau goed is.

Tabel 2: Kenmerken LiPZ fysiotherapeuten versus fysiotherapeuten uit de Peiling Fysiotherapie eerste lijn 2001

	LiPZ		Peiling		p
	N	%	N	%	
Geslacht	72		12.695		
Man	45	62,5%	6.359	50,1%	0,04
Vrouw	27	37,5%	6.336	49,9%	
Leeftijdsklasse	70		12.511		
Jonger dan 26 jaar	2	2,9%	171	1,4%	0,39
26-35 jaar	10	14,3%	2.449	19,6%	
36-45 jaar	21	30,0%	4.429	35,4%	
46-55 jaar	30	42,9%	4.346	34,7%	
Ouder dan 55 jaar	7	10,0%	1.116	8,9%	
Direct patiëntgebonden uren/ week	68		8.390		
0-20 uur	14	20,6%	2.689	32,1%	0,12
21-40 uur	41	60,3%	4.442	52,9%	
Meer dan 40 uur	13	19,1%	1.259	15,0%	
Jaar van afstuderen	70		11.437		
Voor 1970	3	4,3%	679	5,9%	0,42
1970-1979	24	34,3%	4.009	35,1%	
1980-1989	27	38,6%	4.639	40,6%	
1990-1999	14	20,0%	2.013	17,6%	
2000 of later	2	2,9%	97	0,8%	

Representativiteit van de patiëntenpopulatie uit de LiPZ-praktijken

Om de representativiteit van de patiëntenpopulatie te kunnen bepalen, zijn er landelijke gegevens nodig. Er zijn echter geen recente gegevens voorhanden. Om toch een idee te krijgen omtrent de representativiteit zijn de LiPZ-gegevens vergeleken met de gegevens uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel (4). In dit onderzoek zijn door de fysiotherapeut gegevens geregistreerd over hun patiënten en de aan hen ontleende zorg. Deze registratie heeft echter reeds enkele jaren geleden plaatsgevonden.

Aangezien de patiëntenpopulatie uit de LiPZ-praktijken een oververtegenwoordiging van ziekenfondsverzekerden bevat, is er bij de vergelijking een uitsplitsing gemaakt naar verzekeringsvorm. In tabel 3 wordt een overzicht

gegevens van de patiëntkenmerken van beide groepen. Verschillen zijn op significantie getoetst met de chi-kwadraattoets ($p < 0,05$).

Hoewel bij alle kenmerken significante verschillen worden gevonden tussen de patiënten uit het LiPZ-netwerk en de patiënten uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel, zijn deze slechts klein. Het opleidingsniveau wijkt het meeste af. LiPZ-patiënten zijn relatief vaker opgeleid op het niveau van LBO of Mavo. Daarnaast zijn LiPZ-patiënten vaker door de huisarts verwezen.

Tabel 3: Kenmerken patiënten fysiotherapie uit het LiPZ-netwerk versus kenmerken patiënten fysiotherapie uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel (BM) naar verzekeringsvorm

		Zf			Part		
		LiPZ	BM	p	LiPZ	BM	p
		9.717	3.292		2.540	1.312	
Geslacht	Man	37,0%	39,0%	0,04	50,4%	47,7%	0,12
	Vrouw	63,0%	61,0%		49,6%	52,3%	
Leeftijd	0-14 jr	1,9%	3,9%	0,00	3,5%	4,7%	0,00
	15-24 jr	7,2%	8,4%		7,5%	7,4%	
	25-34 jr	15,8%	19,8%		8,1%	9,8%	
	35-44 jr	20,5%	18,9%		19,6%	23,0%	
	45-54 jr	18,7%	16,0%		22,9%	24,5%	
	55-64 jr	14,4%	12,3%		17,8%	14,0%	
	> 65 jr	21,5%	20,5%		20,7%	16,6%	
Opleidingsniveau	Geen/ spec./basisonderwijs	15,1%	24,0%	0,00	6,3%	7,8%	0,00
	LBO/VBO/Mavo	52,3%	39,1%		27,0%	17,8%	
	MBO	13,9%	22,2%		17,3%	23,5%	
	Havo/VWO	11,3%	8,2%		19,5%	19,6%	
Verwijzer	HBO/Universitair	7,4%	6,5%		30,0%	31,3%	
	Huisarts	90,7%	85,1%	0,00	91,6%	82,3%	0,00
	Medisch specialist	9,3%	14,9%		8,4%	17,7%	

Naast een vergelijking van de LiPZ-gegevens met gegevens uit het onderzoek naar de Beperkende Maatregel, zijn de LiPZ-gegevens vergeleken met gegevens uit het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Door LINH worden jaarlijks gegevens verzameld omtrent de door huisartsen

verleende zorg (9). Hierbij worden onder meer gegevens geregistreerd over verwijzingen door de huisarts. LINH-gegevens met betrekking tot verwijzingen naar de fysiotherapie zijn wat betreft geslacht, leeftijd en diagnose vergeleken met de LiPZ-gegevens van patiënten die zijn verwezen door de huisarts. In tabel 4 staat een overzicht van het geslacht en de leeftijd naar de verzekeringsvorm, verschillen zijn getoetst met de chi-kwadraattoets ($p < 0,05$).

Verschillen tussen patiënten uit het LiPZ-netwerk en patiënten uit LINH zijn slechts klein, deze zijn echter wel statistisch significant. Het grootste verschil is gerelateerd aan de leeftijd van de patiënten. LiPZ-patiënten zijn relatief vaker ouder dan 65 jaar dan patiënten uit LINH.

Tabel 4: Kenmerken patiënten fysiotherapie uit het LiPZ-netwerk (verwezen door de huisarts) versus kenmerken patiënten uit het LINH-netwerk naar verzekeringsvorm

		Zf			Part		
		LiPZ	LINH		LiPZ	LINH	
		8.848	20.532	p	2.344	7.122	p
Geslacht	Man	36,7%	38,0%	0,03	50,9%	49,6%	0,27
	Vrouw	63,3%	62,0%		49,1%	50,4%	
Leeftijd	0-14 jr	1,9%	3,0%	0,00	3,5%	5,7%	0,00
	15-24 jr	7,2%	8,3%		7,6%	8,7%	
	25-34 jr	16,3%	17,4%		8,3%	10,4%	
	35-44 jr	21,2%	20,3%		20,6%	19,0%	
	45-54 jr	19,1%	20,4%		23,4%	24,8%	
	55-64 jr	14,2%	13,0%		17,5%	15,6%	
	> 65 jr	20,1%	17,6%		19,2%	15,8%	

In LINH worden van patiënten die verwezen worden naar fysiotherapie gegevens verzameld omtrent de diagnoses, zoals die door de huisarts gesteld zijn. In tabel 5 zijn deze diagnoses vergeleken met de diagnoses van patiënten uit het LiPZ-netwerk die verwezen zijn door de huisarts.

Bij de ziekenfondsverzekerde patiënten komen negen verwijsdiagnosen zowel voor in de top tien van LINH als in de top tien van LiPZ. De top drie van LiPZ komt overeen met die van LINH. Bij particulier verzekerde patiënten

komen acht verwijfsdiagnosen zowel voor in de top tien van LiPZ als in de top tien van LINH.

Tabel 5: Top 10 verwijfsdiagnosen van LiPZ (van patiënten verwezen door de huisarts) versus top 10 verwijfsdiagnosen van LINH voor fysiotherapie naar verzekeringsvorm

Zf-LiPZ	8.848	Zf-LINH	19.785
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	15,7%	L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	13,1%
L01; Symptomen/klachten nek	10,6%	L01; Symptomen/ klachten nek	12,4%
L02; Symptomen/klachten rug	7,3%	L02; Symptomen/ klachten rug	7,3%
L83; Syndr. cervicale wervelkolom	6,2%	L86; Lage rugpijn met uitstraling	6,1%
L08; Symptomen/klachten schouder	4,9%	L08; Symptomen/ klachten schouder	5,8%
L99; Andere ziekten bewegingsapp.	4,6%	L92; Schoudersyndroom/PHS	5,5%
L92; Schoudersyndromen/ PHS	3,7%	L83; Afw. cervicale wervelkolom	4,0%
L15; Syndromen/klachten knie	3,3%	L15; Symptomen/ klachten knie	3,8%
L86; Lage rugpijn met uitstraling	3,2%	L18; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	3,1%
L14; Symptomen/klachten (dij)been	2,4%	L99; Andere ziekte bewegingsapp.	2,5%
Overig	38,1%	Overig	36,4%
Part-LiPZ	2.344	Part-LINH	6.895
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	15,4%	L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	13,0%
L01; Symptomen/klachten nek	10,2%	L01; Symptomen/ klachten nek	11,0%
L02; Symptomen/klachten rug	7,8%	L86; Lage rugpijn met uitstraling	6,4%
L99; Andere ziekten bewegingsapp.	5,2%	L02; Symptomen/ klachten rug	6,0%
L08; Symptomen/klachten schouder	4,9%	L92; Schoudersyndroom/PHS	5,9%
L15; Syndromen/klachten knie	4,7%	L08; Symptomen/ klachten schouder	5,1%
L83; Syndr. cervicale wervelkolom	4,6%	L83; Afw. cervicale wervelkolom	4,1%
L92; Schoudersyndromen/ PHS	3,5%	L15; Symptomen/ klachten knie	3,9%
L14; Symptomen/klachten (dij)been	3,5%	L99; Andere ziekte bewegingsapp.	3,4%
L19; Symptomen meerdere spieren	2,7%	L18; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	3,0%
Overig	37,6%	overig	38,3%


Geconcludeerd kan worden dat de representativiteit op patiëntniveau voldoende is.

Bijlage 3

Tabellenboek gegevens LiPZ fysiotherapie april 2001 - mei 2003

Per onderzoeksvraag worden in deze bijlage de resultaten in de vorm van tabellen weergegeven.

Vraag 1: Wat zijn de kenmerken van patiënten verwezen naar paramedische zorg?

 zie ook hoofdstuk 2: patiëntkenmerken

Tabel 1: Patiëntkenmerken voor patiënten fysiotherapie met een reguliere behandeling, groepsbehandeling of consult verdeeld naar het jaar waarin ze aangemeld zijn en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

		Aangemeld in 2001		Aangemeld in 2002	
		Zf	Zf	Part	
		4.884	4.911	1.675	
Geslacht	Mannelijk	37,8%	37,3%	50,0%	
	Vrouwelijk	62,2%	62,7%	50,0%	
Leeftijd	0-14 jr	1,6%	1,9%	3,2%	
	15-24 jr	7,4%	7,4%	7,7%	
	25-34 jr	16,2%	15,9%	8,2%	
	35-44 jr	21,8%	20,4%	18,5%	
	45-54 jr	18,7%	18,8%	22,9%	
	55-64 jr	13,2%	14,3%	18,2%	
	65-74 jr	10,2%	10,3%	10,9%	
	>75 jr	11,0%	11,1%	10,4%	
Voorkomen op VWS-lijst	Lijstpatiënten	10,7%	11,3%		
	Niet-lijstpatiënten	89,3%	88,7%		
				4.021	1.664
Opleidingsniveau	Speciaal onderwijs			0,6%	0,1%
	Basisonderwijs			8,7%	4,0%
	VBO/LBO/VMBO				
	praktijkgerichte leerweg			27,4%	14,1%
	MAVO/VMBO				
	theoretische leerweg			6,4%	5,8%
	HAVO/MULO/MMS			6,1%	9,2%
	VWO/HBS/GYMNASIUM			1,0%	4,3%
	MBO			8,7%	12,3%
	HBO/Universitair			4,8%	21,0%
	Anders			0,2%	0,5%
Onbekend			36,1%	28,7%	

Tabel 2: Patiëntkenmerken voor patiënten fysiotherapie met een reguliere behandeling, groepsbehandeling of consult verdeeld naar afgeronde en langdurige behandelperiodes en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

		Afgerond		Langdurig	
		Zf	Part	Zf	Part
		6.007	1.400	852	184
Geslacht	Mannelijk	38,9%	53,9%	32,7%	32,6%
	Vrouwelijk	61,1%	46,1%	67,3%	67,4%
Leeftijd	0-14 jr	2,1%	3,6%	1,5%	2,2%
	15-24 jr	7,9%	8,4%	3,9%	3,8%
	25-34 jr	16,4%	8,1%	9,5%	6,5%
	35-44 jr	21,2%	19,8%	14,3%	11,4%
	45-54 jr	18,5%	23,7%	19,4%	20,1%
	55-64 jr	13,8%	17,9%	19,2%	21,2%
	65-74 jr	10,0%	9,4%	13,8%	16,8%
	>75 jr	10,3%	9,2%	18,3%	17,9%
Voorkomen op VWS-lijst	Lijstpatiënten	7,9%		48,9%	
	Niet-lijstpatiënten	92,1%		51,1%	
		3.437	1.362	585	182
Opleidingsniveau	Speciaal onderwijs	0,7%	0,1%	1,5%	0,5%
	Basis onderwijs	10,6%	5,2%	8,5%	3,3%
	VBO/LBO/VMBO				
	praktijkgerichte leerweg	29,7%	15,6%	20,2%	6,0%
	MAVO/VMBO				
	theoretische leerweg	6,1%	5,7%	5,0%	3,8%
	HAVO/MULO/MMS	5,4%	8,1%	7,7%	14,3%
	VWO/HBS/GYMNASIUM	1,0%	4,8%	1,4%	3,8%
	MBO	8,6%	14,0%	5,8%	8,2%
	HBO/Universitair	4,7%	20,5%	2,2%	17,0%
	Anders	0,3%	0,6%	0,2%	0,0%
Onbekend	33,0%	25,5%	47,5%	42,9%	

Vraag 2: Door welke medici en voor welke klachten/ aandoeningen worden patiënten naar paramedische zorg verwezen?

zie ook hoofdstuk 3: verwijzing

Tabel 3: Meest voorkomende medisch specialisten voor patiënten fysiotherapie met een reguliere behandeling, groepsbehandeling of consult verdeeld naar het jaar waarin ze aangemeld zijn en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Aangemeld in 2001		Aangemeld in 2002	
	Zf	Part	Zf	Part
	4.884		4.911	
Huisarts	91,1%		90,6%	91,7%
Medisch specialist	8,7%		9,4%	8,3%
Niet nader gespecificeerd		1,2%		0,5%
Orthopaëdie		3,7%		4,1%
Chirurgie		1,4%		1,0%
Neurologie		0,8%		0,5%
Reumatologie		0,5%		0,3%
Overige specialisten		1,1%		1,9%
Onbekend	0,2%		0,0%	0,0%

Tabel 4: Meest voorkomende medisch specialisten voor patiënten fysiotherapie met een reguliere behandeling, groepsbehandeling of consult verdeeld naar afgeronde en langdurige behandelingsvormen en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Afgerond		Langdurig	
	Zf	Part	Zf	Part
	6.007		852	
Huisarts	92,0%	92,4%	80,4%	83,2%
Medisch specialist	8,0%	7,6%	19,6%	16,8%
Niet nader gespecificeerd	0,3%	0,2%	1,8%	1,6%
Orthopaëdie	4,4%	3,8%	6,7%	3,3%
Chirurgie	1,3%	1,2%	2,1%	2,7%
Neurologie	0,5%	0,7%	2,7%	1,1%
Reumatologie	0,3%	0,4%	2,2%	1,6%
Overige specialisten	1,1%	1,3%	4,1%	6,5%
Onbekend	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabel 5: 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen (in ICPC-coderingen) van patiënten fysiotherapie aangemeld in 2001, 2002 en/ of met een langdurige behandelingsperiode verdeeld naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

<u>Zf / aangemeld in 2001</u>		<u>Zf / aangemeld in 2002</u>	
	<u>4.253</u>		<u>4.911</u>
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	15,0%	L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	15,1%
L01 ; Symptomen/ klachten nek	11,0%	L01 ; Symptomen/ klachten nek	9,8%
L83 ; Syndr. cervicale wervelkolom	6,9%	L02 ; Symptomen/ klachten rug	7,2%
L02 ; Symptomen/ klachten rug	6,8%	L83 ; Syndr. cervicale wervelkolom	5,6%
L92 ; Schouder syndromen/ PHS	4,6%	L08 ; Symptomen/ klachten schouder	4,8%
L08 ; Symptomen/klachten schouder	4,3%	L99 ; Andere ziekten bewegingsapp.	4,3%
L15 ; Symptomen/klachten knie	3,6%	L15 ; Symptomen/ klachten knie	4,0%
L99 ; Andere ziekten bewegingsapp.	3,5%	L92 ; Schouder syndromen/ PHS	4,0%
L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	3,3%	L14 ; Symptomen/ klachten (dij)been	2,7%
L93 ; Epicondylitis lateralis	2,4%	L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	2,3%
Overig	38,6%	Overig	40,2%
		<u>Part / aangemeld in 2002</u>	<u>1.675</u>
		L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	14,1%
		L01 ; Symptomen/ klachten nek	10,4%
		L02 ; Symptomen/ klachten rug	7,3%
		L15 ; Symptomen/ klachten knie	5,3%
		L08 ; Symptomen/ klachten schouder	5,0%
		L99 ; Andere ziekten bewegingsapp.	4,5%
		L83 ; Syndr. cervicale wervelkolom	4,4%
		L92 ; Schouder syndromen/ PHS	3,8%
		L14 ; Symptomen/ klachten (dij)been	3,3%
		L77 ; Verstuikingen/ distorsies enkel	2,4%
		Overig	39,5%
<u>Zf / langdurig</u>	<u>852</u>	<u>Part / langdurig</u>	<u>184</u>
L01 ; Symptomen/ klachten nek	9,4%	L02 ; Symptomen/ klachten rug	8,2%
L02 ; Symptomen/ klachten rug	7,3%	L01 ; Symptomen/ klachten nek	7,6%
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	6,8%	R95 ; Emfyseem/ COPD	6,0%
L88 ; Reumatoïde artritis	5,4%	L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	6,0%
K90 ; Cerebrovasculair accident (CVA)	4,9%	N87 ; Ziekte van Parkinson	4,3%
L83 ; Syndr. cervicale wervelkolom	4,2%	K90 ; Cerebrovasculair accident (CVA)	3,8%
A89 ; Gevolgen prothese/ NEG	3,9%	L92 ; Schouder syndromen/ PHS	3,8%
L08 ; Symptomen/ klachten schouder	3,6%	L84 ; Artrose/ spondylose wervelkolom	3,8%
R95 ; Emfyseem/ COPD	2,8%	L08 ; Symptomen/ klachten schouder	3,3%
L18 ; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	2,7%	L83 ; Syndr. cervicale wervelkolom	3,3%
Overig	48,9%	Overig	50,0%

Vraag 3: Wat is er bekend over het 'gezondheidsprobleem' van de patiënt die verwezen wordt naar paramedische zorg?

zie ook hoofdstuk 4: gezondheidsprobleem

Tabel 6: Kenmerken klachten voor patiënten fysiotherapie verdeeld naar verwijzdatum, afgeronde behandel-episodes en/ of langdurige behandel-episodes en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)¹

		Aangemeld in 2002		Afgerond		Langdurig	
		Zf	Part	Zf	Part	Zf	Part
		4.021	1.664	3.437	1.362	585	182
Recidief	Ja	35,6%	30,5%	32,1%	27,5%	39,7%	33,0%
	Nee	61,1%	66,6%	65,2%	69,3%	54,2%	64,8%
	Onbekend	3,4%	2,9%	2,6%	3,2%	6,2%	2,2%
Duur klacht	<= 2 dagen	1,3%	2,8%	1,9%	3,5%	0,2%	1,1%
	2 - 7 dagen	5,7%	7,9%	6,3%	8,4%	2,4%	2,2%
	1 week - 1 maand	27,7%	25,8%	29,9%	28,8%	11,6%	9,3%
	1 - 3 maanden	22,4%	24,1%	24,4%	25,9%	7,0%	9,9%
	3 - 6 maanden	11,6%	11,7%	11,8%	9,6%	6,8%	8,2%
	6 mnd. - 1 jaar	7,1%	6,9%	7,4%	6,2%	6,2%	7,7%
	1 - 2 jaar	6,1%	5,8%	5,0%	5,4%	7,0%	11,0%
	> 2 jaar	16,9%	13,9%	12,1%	10,7%	54,4%	48,4%
	Onbekend	1,3%	1,2%	1,2%	1,5%	4,4%	2,2%

¹ Onder een recidief wordt verstaan: een zelfde klacht die optreedt na een klachtenvrije periode van minimaal 4 weken en maximaal 2 jaar.

Tabel 7: Verdeling naar het wel of niet gebruik maken van een specifiek voor de beroepsgroep geldende richtlijn voor patiënten fysiotherapie ingedeeld naar de verwijzdatum, afgeronde behandel-episodes, langdurige behandel-episodes en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Aangemeld in 2002		Afgerond		Langdurig	
	Zf	Part	Zf	Part	Zf	Part
	4.021	1.664	3.437	1.362	585	182
Geen richtlijn gebruikt	91,9%	91,3%	90,6%	90,7%	94,2%	90,7%
Wel richtlijn gebruikt	8,1%	8,7%	9,4%	9,3%	5,8%	9,3%

Tabel 8: Verdeling van patiënten fysiotherapie, bij wie bij de behandeling gebruik is gemaakt van een beroepsspecifieke richtlijn, over de verschillende richtlijnen en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Aangemeld in 2002		Afgerond		Langdurig	
	Zf	Part	Zf	Part	Zf	Part
	326	145	323	127	34	17
Acuut enkelletsel	9,5%	13,1%	11,5%	19,7%	0,0%	5,9%
Stress urine-incontinentie	3,4%	4,1%	3,1%	4,7%	5,9%	0,0%
Chronische obstructieve longaandoening (COPD)	6,7%	8,3%	2,8%	1,6%	52,9%	64,7%
Postoperatief lumbosacraal radiculaair syndroom	1,5%	2,1%	2,2%	1,6%	0,0%	0,0%
Whiplash	4,3%	3,4%	5,0%	3,1%	2,9%	5,9%
Osteoporose	1,5%	2,1%	0,9%	0,8%	2,9%	5,9%
Artrose heup-knie	11,0%	9,7%	10,8%	10,2%	14,7%	5,9%
Lage rugpijn	57,4%	53,8%	58,5%	55,1%	20,6%	11,8%
Hartrevalidatie	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Chronisch enkelletsel	1,8%	1,4%	2,2%	0,8%	0,0%	0,0%
Acuut knieletsel	2,5%	2,1%	3,1%	2,4%	0,0%	0,0%

Tabel 9: Andere of eerdere zorg voor dezelfde of andere klachten gedurende de afgelopen 2 jaar bij patiënten fysiotherapie naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Aangemeld in 2002		Afgerond		Langdurig	
	Zf	Part	Zf	Part	Zf	Part
	4.021	1.664	3.437	1.362	585	182
Fysiotherapie	38,6%	34,9%	33,9%	31,5%	58,6%	50,0%
Oefentherapie Cesar	0,2%	0,4%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%
Oefentherapie-Mensendieck	0,7%	0,5%	0,5%	0,2%	0,5%	0,5%
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar en/ of -Mensendieck	0,8%	0,7%	0,6%	0,6%	1,2%	0,5%
Oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Geen	52,6%	58,2%	58,5%	62,0%	29,2%	39,0%
Onbekend	7,0%	5,2%	6,2%	5,3%	10,4%	9,9%

Vraag 4: Hoe ziet een paramedisch behandelplan er uit in termen van behandeldoelen, welke verrichting(en) is (zijn) uitgevoerd en wat is de werkelijke omvang van de behandelaflevering?

☞ zie ook hoofdstuk 5: behandeling

Tabel 10: Per niveau de 5 meest voorkomende hoofdbehandelobjecten van patiënten fysiotherapie verdeeld naar het jaar waarin ze aangemeld zijn en naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)¹

		Aangemeld in 2001		Aangemeld in 2002	
		Zf	Zf	Part	
		4.222	4.902	1.669	
Activiteiten-niveau	Handelingen voortbewegen (lopen)	20,4%	17,4%	19,8%	
	Houding	20,1%	16,3%	12,9%	
	Handelingen houding veranderen	14,5%	12,2%	11,4%	
	Handelingen gebruik arm/ hand	13,3%	11,1%	11,0%	
	Overige activiteiten	13,0%	5,6%	7,1%	
	Overige behandelobjecten op activiteitenniveau	16,4%	11,4%	9,2%	
Lichaamsfunctieniveau	Mobiliteitsfuncties	35,2%	31,2%	30,9%	
	Spierfuncties	26,1%	18,6%	16,5%	
	Pijn	19,0%	17,1%	14,6%	
	Lichaamshouding	9,1%	6,3%	4,8%	
	Bewegingsfuncties	5,9%	3,8%	4,7%	
	Overige behandelobjecten op lichaamsfunctieniveau	4,4%	3,9%	3,9%	

¹ De behandelobjecten zijn niet bij alle patiënten bekend.

Tabel 11: Per niveau de 5 meest voorkomende hoofdbehandeldoelen van patiënten fysiotherapie met een langdurige behandelperiode verdeeld naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

		Langdurig	
		Zf	Part
		852	184
Activiteiten niveau	Handelingen voortbewegen (lopen)	22,3%	24,5%
	Houding	18,5%	11,4%
	Handelingen gebruik arm/ hand	11,0%	9,8%
	Handelingen houding veranderen	10,8%	12,0%
	Overige activiteiten	10,2%	6,5%
	Overige behandeldoelen op activiteitsniveau	14,7%	9,8%
Lichaamsfunctie niveau	Mobiliteitsfuncties	31,2%	20,1%
	Spierfuncties	19,4%	14,7%
	Bewegingsfuncties	11,3%	6,5%
	Pijn	12,1%	10,9%
	Lichaamshouding	5,6%	3,3%
	Overige behandeldoelen op lichaamsfunctieniveau	6,9%	9,8%

Tabel 12: 10 meest voorkomende 'combinaties' tussen hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau van patiënten fysiotherapie uitgesplitst naar jaar van aanmelding en verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

Zf / aangemeld in 2001	4.138	Zf / aangemeld in 2002	4.902
Handelingen voortbewegen (lopen) mobiliteitsfuncties	8,5%	Geen*	
Houding mobiliteitsfuncties	7,2%	Geen*	9,9%
Handelingen houding veranderen mobiliteitsfuncties	6,5%	spierfuncties	6,5%
Handelingen gebruik arm/ hand mobiliteitsfuncties	5,8%	Geen*	5,7%
Houding lichaamshouding	5,3%	Handelingen voortbewegen (lopen) mobiliteitsfuncties	5,7%
Houding spierfuncties	5,0%	Handelingen voortbewegen (lopen) geen*	4,3%
Handelingen voortbewegen (lopen) spierfuncties	4,8%	Houding mobiliteitsfuncties	4,2%
Overige activiteiten spierfuncties	4,4%	Houding geen*	4,2%
Handelingen voortbewegen (lopen) pijn	4,3%	Handelingen houding veranderen mobiliteitsfuncties	3,6%
Overige activiteiten pijn	2,9%	Handelingen gebruik arm/ hand mobiliteitsfuncties	3,4%
Overig	45,4%	Handelingen houding veranderen geen*	3,3%
		Overig	49,2%
		Part / aangemeld in 2002	1.669
		Geen*	
		mobiliteitsfuncties	13,0%
		Geen*	
		spierfuncties	6,8%
		Handelingen voortbewegen (lopen) geen*	6,5%
		Houding geen*	5,7%
		Handelingen voortbewegen (lopen) mobiliteitsfuncties	5,0%
		Geen*	
		pijn	4,7%
		Handelingen houding veranderen geen*	4,0%
		Handelingen gebruik arm/ hand geen*	3,4%
		Handelingen gebruik arm/ hand mobiliteitsfuncties	3,2%
		Handelingen houding veranderen mobiliteitsfuncties	2,9%
		Overig	44,8%

* Geen = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau.

Tabel 13: 10 meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau van patiënten fysiotherapie met een langdurige behandelperiode uitgesplitst naar verzekeringsvorm

Ziekenfonds verzekerden	852	Particulier verzekerden	184
Handelingen voortbewegen (lopen)		Geen*	
mobiliteitsfuncties	5,8%	spierfuncties	4,8%
Houding		Geen*	
mobiliteitsfuncties	5,3%	bewegingsfuncties	4,8%
Handelingen gebruik arm/ hand		Handelingen voortbewegen (lopen)	
mobiliteitsfuncties	5,2%	geen*	4,8%
Geen*		Houding	
mobiliteitsfuncties	5,2%	geen*	3,6%
Houding		Handelingen houding veranderen	
spierfuncties	4,8%	mobiliteitsfuncties	3,6%
Handelingen voortbewegen (lopen)		Handelingen houding veranderen	
bewegingsfuncties	4,7%	geen*	3,6%
Handelingen voortbewegen (lopen)		Handelingen voortbewegen (lopen)	
geen*	3,6%	mobiliteitsfuncties	3,6%
Houding		Handelingen voortbewegen (lopen)	
lichaamshouding	3,5%	bewegingsfuncties	3,6%
Houding		Handelingen voortbewegen (lopen)	
geen*	3,5%	cardiovasculair systeem	3,6%
Handelingen houding veranderen		Geen*	
mobiliteitsfuncties	3,2%	mobiliteitsfuncties	3,6%
Overig	55,3%	Overig	60,7%

* Geen = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau.

Tabel 14: Belangrijkste verrichtingen bij patiënten fysiotherapie met een afgeronde behandelingsperiode verdeeld naar verzekeringsvorm (per patiënt maximaal 3 verrichtingen, percentage is hoger dan 100)¹

	Zf	Part
	3.273	1.295
Manuele verrichting	66,5%	65,4%
manueel masseren	40,8%	37,1%
manueel teweegbrengen beweging	32,9%	35,8%
niet gespecificeerd	3,6%	3,6%
Fysische verrichting	15,3%	18,0%
Sturen en oefenen	74,4%	73,4%
individueel sturen en oefenen van functies	62,8%	59,9%
individueel sturen en oefenen van vaardigheden	23,9%	25,0%
groepsgewijs sturen en oefenen van functies	1,9%	1,6%
groepsgewijs sturen en oefenen van vaardigheden	0,9%	0,5%
niet gespecificeerd	0,3%	0,4%
Begeleidende verrichtingen	27,7%	27,7%
Instrumentele verrichtingen	0,0%	0,1%
Hulpmiddelen	2,2%	2,1%
Overige verrichtingen	0,7%	1,2%

¹ De verrichtingen zijn niet bij alle patiënten bekend.

Tabel 15: Aantal zittingen fysiotherapie bij patiënten met een afgeronde behandelingsperiode uitgesplitst naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Zf	Part
	6.007	1.400
Consult	0,4%	0,9%
1 - 3 zittingen	9,7%	15,3%
4 - 6 zittingen	17,8%	22,9%
7 - 9 zittingen	28,2%	25,7%
10 -12 zittingen	11,7%	10,4%
13 - 18 zittingen	22,8%	16,9%
19 - 24 zittingen	4,1%	3,6%
> 25 zittingen	5,3%	4,3%

Tabel 16: Het aantal zittingen fysiotherapie uitgesplitst naar de behandel-
duur, per groep staat het percentage van voorkomen, het gemid-
delde aantal zittingen ± standaarddeviatie weergegeven van
patiënten met een afgeronde behandelperiode¹

Ziekenfonds n=5.983	≤ 6 maanden			> 6 maanden			Totaal		
	%	gem. ±	sd.	%	gem. ±	sd.	%	gem. ±	sd.
≤ 18 zittingen	89,3%	9,2±	4,7	1,2%	14,6±	3,4	90,5%	9,3±	4,7
> 18 zittingen	6,2%	25,2±	6,4	3,3%	47,1±	25,9	9,5%	32,9±	13,2
Totaal	95,5%	10,3±	4,8	4,5%	38,2±	19,8	100,0%	11,5±	10,1

Particulier n=1.388	≤ 6 maanden			> 6 maanden			Totaal		
	%	gem. ±	sd.	%	gem. ±	sd.	%	gem. ±	sd.
≤ 18 zittingen	91,3%	8,0±	4,5	0,7%	12,5±	4,1	92,0%	8,1±	4,5
> 18 zittingen	5,7%	25,4±	6,8	2,3%	40,4±	19,5	8,0%	29,7±	10,5
Totaal	97,0%	9,0±	4,6	3,0%	33,8±	15,8	100,0%	9,8±	8,2

¹ Patiënten met een consult zijn uit de analyse gelaten.

Tabel 17: Gemiddeld aantal zittingen fysiotherapie voor patiëntkenmerken van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

		N	gem.	st.dev.	med.	p
Afgeronde behandelingsperiode		5.983	11,5	10,1	9,0	
Geslacht	Mannelijk	2.330	11,1	9,3	9,0	0,01
	Vrouwelijk	3.653	11,8	10,6	9,0	
Leeftijd	0-14 jaar	124	7,7	5,7	6,0	0,00
	15-24 jaar	471	9,1	8,5	8,0	
	25-34 jaar	976	10,0	8,3	9,0	
	35-44 jaar	1.266	10,9	8,4	9,0	
	45-54 jaar	1.104	11,4	8,3	9,0	
	55-64 jaar	825	12,9	12,3	10,0	
	65-74 jaar	600	13,6	11,4	10,0	
	> 75 jaar	616	14,6	14,1	11,0	
Opleidingsniveau	Speciaal onderwijs	23	11,8	9,1	10,0	0,00
	Basisonderwijs	362	12,4	10,1	9,0	
	VBO/LBO/VMBO - praktijk	1.017	11,2	8,4	9,0	
	MAVO/VMBO - theorie	207	10,0	10,1	9,0	
	HAVO/MULO/MMS	184	11,6	10,7	9,0	
	VWO/HBS/GYMNASIUM	35	11,0	12,9	8,0	
	MBO	293	10,0	7,6	9,0	
	HBO/Universitair	160	8,7	6,4	8,0	
Verwijzer	Anders	10	6,1	4,7	4,0	
	Huisarts	5.501	10,9	8,6	9,0	0,00
Duur klacht	Medisch specialist	480	18,8	19,5	13,0	
	<= 2 dagen	63	7,0	4,1	7,0	0,00
	2-7 dagen	218	9,7	9,3	8,0	
	1 week - 1 maand	1.021	10,5	8,6	9,0	
	1-3 maanden	836	11,5	8,5	9,0	
	3-6 maanden	403	11,8	8,6	9,0	
	6 maanden - 1 jaar	253	11,8	9,3	9,0	
	1-2 jaar	172	12,5	12,2	9,0	
> 2 jaar	416	14,3	14,6	11,0		
Recidief	Ja	1.104	11,0	8,0	9,0	0,01
	Nee	2.229	11,8	10,7	9,0	
Andere of eerdere zorg	Fysiotherapie	1.165	12,3	11,3	9,0	0,14
	Oefentherapie Cesar	7	8,4	2,3	9,0	
	Oefentherapie-Mensendieck	18	9,7	4,4	9,0	
	Fysiotherapie en oefentherapie	22	10,9	5,9	8,5	
	Oefentherapie Cesar en -Mensendieck	1	2,0		2,0	
	Geen	1.999	11,3	9,2	9,0	

Tabel 18: Gemiddeld aantal zittingen fysiotherapie voor patiëntkenmerken van particulier verzekerde patiënten met een afgeronde behandel-episode

		N	gem.	st.dev.	med.	p
Afgeronde behandel-episode		1.388	9,8	8,2	9,0	
Geslacht	Mannelijk	747	9,2	7,9	8,0	0,01
	Vrouwelijk	641	10,5	8,6	9,0	
Leeftijd	0-14 jaar	49	7,1	4,2	6,0	0,00
	15-24 jaar	113	7,7	6,0	6,0	
	25-34 jaar	113	7,8	5,4	6,0	
	35-44 jaar	274	9,5	7,0	9,0	
	45-54 jaar	330	10,7	8,5	9,0	
	55-64 jaar	248	10,3	8,4	9,0	
	65-74 jaar	131	10,4	10,7	9,0	
	> 75 jaar	129	11,1	10,8	9,0	
Opleidings-niveau	Speciaal onderwijs	2	5,5	4,9	5,5	0,63
	Basisonderwijs	70	8,0	4,2	9,0	
	VBO/LBO/VMBO - praktijk	213	11,3	8,7	9,0	
	MAVO/VMBO - theorie	75	9,7	6,3	8,0	
	HAVO/MULO/MMS	110	8,8	6,0	7,5	
	VWO/HBS/GYMNASIUM	64	8,2	6,6	6,0	
	MBO	188	9,5	8,0	9,0	
	HBO/Universitair	276	9,0	7,3	7,0	
	Anders	8	8,4	4,1	9,0	
Verwijzer	Huisarts	1.281	9,4	7,3	8,0	0,87
	Medisch specialist	107	14,2	15,0	10,0	
Duur klacht	<= 2 dagen	48	5,2	4,5	4,0	0,43
	2-7 dagen	114	6,5	4,7	5,0	
	1 week - 1 maand	390	8,5	6,1	7,0	
	1-3 maanden	348	11,4	8,9	9,0	
	3-6 maanden	130	10,5	7,3	9,0	
	6 maanden - 1 jaar	84	11,7	12,4	9,0	
	1-2 jaar	73	8,8	5,7	9,0	
	> 2 jaar	143	12,3	11,0	9,0	
Recidief	Ja	374	10,1	8,9	9,0	0,90
	Nee	932	9,7	8,0	9,0	
Andere of eerdere zorg	Fysiotherapie	429	10,7	9,8	9,0	0,06
	Oefentherapie Cesar	3	14,0	3,6	13,0	
	Oefentherapie-Mensendieck	3	11,3	9,3	7,0	
	Fysiotherapie en oefentherapie	8	9,9	5,3	8,5	
	Oefentherapie Cesar en -Mensendieck	2	6,5	3,5	6,5	
	Geen	833	9,6	7,4	9,0	

Tabel 19: Het gemiddelde aantal zittingen fysiotherapie voor de 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen van patiënten met een afgeronde behandelingsperiode verdeeld naar verzekeringsvorm

	Ziekenfonds			
	N	gem.	st.dev.	med.
L92 ; Schouder syndromen/ PHS	228	13.3	9.1	11.0
L08 ; Symptomen/klachten schouder	295	13.2	12.5	10.0
L15 ; Symptomen/klachten knie	237	11.8	11.3	9.0
L83 ; Syndromen cervicale wervelkolom	349	10.9	5.8	9.0
L99 ; Andere ziekten bewegingsapparaat	269	10.6	5.9	9.0
L01 ; Symptomen/ klachten nek	579	10.6	6.6	9.0
L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	187	10.5	6.6	9.0
L02 ; Symptomen/klachten rug	397	10.4	6.4	9.0
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	963	10.2	6.2	9.0
L14 ; Symptomen/ klachten been/dijbeen	153	9.3	7.0	8.0

	Particulier			
	N	gem.	st.dev.	med.
L92 ; Schouder syndromen/ PHS	46	12.9	12.4	9.0
L01 ; Symptomen/ klachten nek	133	11.3	7.8	9.0
L83 ; Syndromen cervicale wervelkolom	71	10.3	5.2	9.0
L08 ; Symptomen/klachten schouder	62	10.2	7.4	9.0
L14 ; Symptomen/ klachten been/dijbeen	51	9.2	8.9	7.0
L15 ; Symptomen/klachten knie	72	9.2	6.0	8.5
L99 ; Andere ziekten bewegingsapparaat	75	8.4	4.9	7.0
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	223	8.2	5.3	7.0
L02 ; Symptomen/klachten rug	99	8.1	5.6	7.0
L77 ; Verstuikingen/ distorsies enkel	47	5.4	3.2	5.0

Tabel 20: Het gemiddelde aantal zittingen fysiotherapie voor de 10 meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau van patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

	Ziekenfonds			
	N	gem.	st.dev.	med.
Handelingen gebruik arm/ hand mobiliteitsfuncties	124	15,3	10,2	13,0
Handelingen voortbewegen (lopen) mobiliteitsfuncties	235	12,6	13,4	9,0
Handelingen voortbewegen (lopen) geen*	131	12,3	11,4	9,0
Geen* pijn	190	11,2	10,7	9,0
Houding mobiliteitsfuncties	171	10,8	6,6	9,0
Geen* mobiliteitsfuncties	239	10,5	6,1	9,0
Handelingen houding veranderen mobiliteitsfuncties	121	10,4	5,9	9,0
Geen* spierfuncties	181	10,3	5,3	9,0
Handelingen houding veranderen geen*	120	9,6	5,5	9,0
Houding geen*	0			
	Part verzekerden			
	N	gem.	st.dev.	med.
Handelingen gebruik arm/ hand mobiliteitsfuncties	40	15,5	12,6	10,5
Geen* pijn	47	11,3	6,6	9,0
Handelingen voortbewegen (lopen) mobiliteitsfuncties	64	10,5	8,7	9,0
Handelingen voortbewegen (lopen) geen*	68	10,3	8,0	9,0
Geen* spierfuncties	53	10,1	6,5	9,0
Handelingen gebruik arm/ hand geen*	40	9,4	5,8	9,0
Geen* mobiliteitsfuncties	100	9,1	7,5	7,0
Houding geen*	63	8,7	5,4	9,0
Handelingen houding veranderen geen*	43	8,3	4,8	7,0
Handelingen houding veranderen mobiliteitsfuncties	36	8,3	5,8	6,0

* Geen = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau .

Tabel 21: Het gemiddelde aantal zittingen fysiotherapie per richtlijn van patiënten met een afgeronde behandelingsperiode verdeeld naar verzekeringsvorm

	Ziekenfonds				Particulier			
	N	gem.	st. dev.	med.	N	gem.	st.dev.	med.
Acuut enkelletsel	37	6,6	4,5	5,0	25	5,8	3,9	5,0
Stress urine-incontinentie	10	10,9	5,3	9,0	6	8,5	4,8	8,5
Chronische obstructieve longaandoening (COPD)	9	25,8	30,3	12,0	2	36,5	48,8	36,5
Postoperatief lumbosacraal radiculair syndroom	7	18,3	7,5	15,0	2	10,5	2,1	10,5
Whiplash	16	10,3	7,0	9,0	4	14,0	8,4	12,5
Osteoporose	3	15,0	6,0	15,0	1	9,0		9,0
Artrose heup-knie	35	12,2	8,7	11,0	13	14,9	15,5	10,0
Lage rugpijn	186	10,1	5,3	9,0	69	9,2	5,9	9,0
Hartrevalidatie	0				0			
Chronisch enkelletsel	7	10,4	5,4	9,0	1	6,0		6,0
Acuut knieletsel	9	13,3	5,0	15,0	3	4,3	4,2	3,0

Tabel 22: Behandelduur fysiotherapie bij patiënten met een afgeronde behandelingsperiode uitgesplitst naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Zf	Part
	5.983	1.388
Tot en met 1 week	6,4%	11,3%
Langer dan 1 week, tot en met 4 weken	22,8%	24,6%
Langer dan 4 weken, tot en met 6 weken	17,0%	17,7%
Langer dan 6 weken, tot en met 3 maanden	34,7%	29,8%
Langer dan 3 maanden	19,1%	16,6%

Tabel 23: Gemiddelde behandelduur fysiotherapie (in weken) uitgesplitst naar patiëntkenmerken van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

		N	gem.	st.dev.	med.	p
Afgeronde behandelperiode		5.983	8,9	8,5	6,7	
Geslacht	Mannelijk	2.330	8,1	7,8	6,0	0,00
	Vrouwelijk	3.653	9,4	8,9	7,0	
Leeftijd	0-14 jaar	124	7,1	8,8	4,2	0,00
	15-24 jaar	471	7,4	7,1	5,4	
	25-34 jaar	976	8,0	7,7	6,0	
	35-44 jaar	1.266	8,3	7,6	6,7	
	45-54 jaar	1.104	8,9	8,0	6,9	
	55-64 jaar	825	9,8	9,6	7,3	
	65-74 jaar	600	10,2	8,9	8,0	
	> 75 jaar	616	10,7	10,6	7,6	
Opleidingsniveau	Speciaal onderwijs	23	8,9	8,7	6,0	0,00
	Basisonderwijs	362	9,2	9,1	6,9	
	VBO/LBO/VMBO - praktijk	1.017	7,8	6,5	6,3	
	MAVO/VMBO - theorie	207	7,9	7,4	6,0	
	HAVO/MULO/MMS	184	9,6	9,0	7,0	
	VWO/HBS/GYMNASIUM	35	8,5	9,0	5,9	
	MBO	293	8,5	8,7	6,7	
	HBO/Universitair	160	6,5	6,1	5,3	
Verwijzer	Anders	10	3,8	6,0	0,5	
	Huisarts	5.501	8,5	8,1	6,4	0,00
Duur klacht	Medisch specialist	480	13,2	11,3	9,6	
	<= 2 dagen	63	4,8	4,6	3,9	0,00
Duur klacht	2-7 dagen	218	6,3	7,1	4,1	
	1 week - 1 maand	1.021	8,0	7,7	6,0	
	1-3 maanden	836	8,7	7,1	7,0	
	3-6 maanden	403	9,8	8,9	7,7	
	6 maanden - 1 jaar	253	9,8	8,6	7,6	
	1-2 jaar	172	10,4	9,7	7,9	
	> 2 jaar	416	12,5	11,9	8,9	
Recidief klacht	Ja	1.104	9,7	9,0	7,4	0,00
	Nee	2.229	8,8	8,4	6,7	
Andere of eerdere zorg	Fysiotherapie	1.165	10,5	10,5	7,9	0,00
	Oefentherapie Cesar	7	6,3	3,6	5,3	
	Oefentherapie-Mensendieck	18	9,2	6,2	9,1	
	Fysiotherapie en oefentherapie	22	8,8	5,2	7,1	
	Oefentherapie Cesar en -Mensendieck	1	0,4		0,4	
	Geen	1.999	8,3	7,2	6,4	

Tabel 24: Gemiddelde behandeluur fysiotherapie (in weken) uitgesplitst naar patiëntkenmerken van particulier verzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

		N	gem.	st.dev.	med.	p
Afgeronde behandelperiode		1.388	7,8	7,7	5,7	
Geslacht	Mannelijk	747	6,8	6,9	5,0	0,00
	Vrouwelijk	641	8,9	8,4	6,4	
Leeftijd	0-14 jaar	49	5,4	4,0	5,0	0,02
	15-24 jaar	113	6,9	6,3	5,7	
	25-34 jaar	113	6,5	5,1	5,6	
	35-44 jaar	274	7,4	7,0	5,4	
	45-54 jaar	330	8,8	8,4	6,1	
	55-64 jaar	248	8,0	8,1	6,0	
	65-74 jaar	131	7,3	7,6	5,6	
	> 75 jaar	129	8,7	9,7	6,3	
	Opleidingsniveau	Speciaal onderwijs	2	4,6	5,1	4,6
Basisonderwijs		70	5,2	3,2	4,9	
VBO/LBO/VMBO - praktijk		213	7,5	6,4	5,9	
MAVO/VMBO - theorie		75	7,8	6,5	6,0	
HAVO/MULO/MMS		110	7,1	7,3	5,8	
VWO/HBS/GYMNASIUM		64	6,3	6,3	4,9	
MBO		188	7,6	6,9	6,3	
HBO/Universitair		276	7,1	6,8	5,2	
Anders		8	6,1	4,7	8,4	
Verwijzer	Huisarts	1.281	9,4	7,3	8,0	0,89
	Medisch specialist	107	7,5	7,4	5,6	
Duur klacht	<= 2 dagen	48	3,3	4,2	2,0	0,15
	2-7 dagen	114	4,6	4,9	3,0	
	1 week - 1 maand	390	6,5	6,5	4,4	
	1-3 maanden	348	8,6	7,0	6,4	
	3-6 maanden	130	8,3	6,2	7,0	
	6 maanden - 1 jaar	84	10,9	11,5	7,0	
	1-2 jaar	73	7,4	5,4	7,0	
	> 2 jaar	143	10,7	10,2	8,0	
Recidief klacht	Ja	374	8,8	8,8	6,0	0,82
	Nee	932	7,4	7,0	5,7	
Andere of eerdere zorg	Fysiotherapie	429	9,0	9,2	6,0	0,24
	Oefentherapie Cesar	3	8,0	3,5	6,0	
	Oefentherapie-Mensendieck	3	13,3	15,8	6,6	
	Fysiotherapie en oefentherapie	8	7,5	3,8	7,4	
	Oefentherapie Cesar en -Mensendieck	2	5,8	1,7	5,8	
	Geen	833	7,3	6,6	5,6	

Tabel 25: De gemiddelde behandelduur fysiotherapie (in weken) voor de 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen van patiënten met een afgeronde behandelperiode verdeeld naar verzekeringsvorm

	Ziekenfonds			
	N	gem.	st.dev.	med.
L08 ; Symptomen/klachten schouder	295	10.0	9.0	8.0
L92 ; Schoulersyndromen/ PHS	228	9.7	7.2	8.5
L01 ; Symptomen/ klachten nek	579	9.0	7.7	7.0
L02 ; Symptomen/klachten rug	397	8.9	8.0	7.0
L83 ; Syndromen cervicale wervelkolom	349	8.8	7.5	7.0
L15 ; Symptomen/klachten knie	237	8.3	8.2	6.7
L99 ; Andere ziekten bewegingsapparaat	269	7.8	6.0	5.9
L86 ; Lage rugpijn met uitstraling	187	7.7	6.6	6.4
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	963	7.6	6.8	6.0
L14 ; Symptomen/ klachten been/dijbeen	153	6.8	7.1	5.0

	Particulier			
	N	gem.	st.dev.	med.
L92 ; Schoulersyndromen/ PHS	46	9.7	8.7	7.3
L01 ; Symptomen/ klachten nek	133	8.5	6.4	7.0
L08 ; Symptomen/klachten schouder	62	8.0	6.6	7.0
L02 ; Symptomen/klachten rug	99	7.2	7.1	4.6
L15 ; Symptomen/klachten knie	72	7.0	5.9	5.9
L83 ; Syndromen cervicale wervelkolom	72	7.0	5.9	5.9
L14 ; Symptomen/ klachten been/dijbeen	51	6.9	8.9	4.7
L03 ; Lage rugpijn zonder uitstraling	223	6.7	7.0	4.7
L99 ; Andere ziekten bewegingsapparaat	75	6.3	4.7	5.0
L77 ; Verstuikingen/ distorsies enkel	47	3.9	2.8	3.1

Tabel 26: De gemiddelde behandelduur fysiotherapie (in weken) voor de 10 meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau van patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

	Ziekenfonds			
	N	gem.	st.dev.	med.
Handelingen gebruik arm/ hand mobiliteitsfuncties	124	10,8	8,1	9,3
Handelingen voortbewegen (lopen) geen*	131	9,3	8,8	7,0
Geen* spierfuncties	181	8,7	6,0	8,0
Handelingen voortbewegen (lopen) mobiliteitsfuncties	235	8,6	7,3	7,1
Geen* mobiliteitsfuncties	239	8,6	5,9	7,6
Handelingen houding veranderen mobiliteitsfuncties	121	8,5	6,6	7,4
Houding mobiliteitsfuncties	171	8,2	7,6	6,0
Handelingen houding veranderen geen*	120	7,5	7,1	4,9
Geen* pijn	190	7,2	6,2	5,4
Houding geen*	0			
	Particulier			
	N	gem.	st.dev.	med.
Handelingen gebruik arm/ hand mobiliteitsfuncties	40	11,1	9,4	7,7
Geen* spierfuncties	53	9,6	9,1	6,6
Geen* mobiliteitsfuncties	100	9,1	8,9	6,9
Handelingen voortbewegen (lopen) geen*	68	8,5	7,3	6,1
Geen* pijn	47	8,1	6,5	5,4
Houding geen*	63	8,0	8,3	5,7
Handelingen gebruik arm/ hand geen*	40	7,8	5,5	7,1
Handelingen voortbewegen (lopen) mobiliteitsfuncties	64	7,6	6,7	6,1
Handelingen houding veranderen mobiliteitsfuncties	36	7,1	6,7	4,7
Handelingen houding veranderen geen*	43	6,1	6,3	4,0

* Geen = geen hoofdbehandeldoel op dit niveau.

Tabel 27: De gemiddelde behandelduur fysiotherapie (in weken) per richtlijn van patiënten met een afgeronde behandelperiode verdeeld naar verzekeringsvorm

	Ziekenfonds				Particulier			
	N	gem.	st. dev.	med.	N	gem.	st. dev.	med.
Acuut enkelletsel	37	4,7	4,1	3,7	25	4,9	7,4	3,1
Stress urine-incontinentie	10	17,3	11,1	14,5	6	12,3	5,4	12,9
Chronische obstructieve longaandoening (COPD)	9	18,1	20,0	11,3	2	25,0	32,5	25,0
Postoperatief lumbosacraal radiculair syndroom	7	11,8	4,1	10,1	2	9,6	7,6	9,6
Whiplash	16	6,6	6,3	4,9	4	9,1	6,8	8,6
Osteoporose	3	16,1	10,5	21,6	1	5,9		5,9
Artrose heup-knie	35	8,8	7,4	7,1	13	9,4	6,7	6,6
Lage rugpijn	186	7,0	6,1	5,6	69	6,7	5,3	5,4
Hartrevalidatie	0				0			
Chronisch enkelletsel	7	8,4	6,1	6,0	1	7,1		7,1
Acuut knieletsel	9	8,1	3,5	8,3	3	2,3	3,2	0,9

Tabel 28: Het aantal declaraties van reguliere zittingen (inclusief consulten en groepsbehandelingen) onderverdeeld naar de behandelvorm van patiënten fysiotherapie verdeeld naar het jaar waarin ze aangemeld zijn en naar afgeronde en langdurige behandelperiodes

	Aangemeld in 2001		Aangemeld in 2002	
	Zf	Part	Zf	Part
	65.924		62.239	19.588
Reguliere zitting fysiotherapie	83,9%		82,6%	75,7%
Zitting fysiotherapie uit behandeling	11,9%		11,7%	6,1%
Zitting fysiotherapie instelling	4,0%		5,0%	0,8%
Groepsbehandeling fysiotherapie	0,2%		0,6%	0,4%
Fysiotherapeutisch consult	0,0%		0,0%	0,0%
Onbekend	0,0%		0,1%	16,9%
	Afgerond		Langdurig	
	Zf	Part	Zf	Part
	69.076	13.597	39.656	6.867
Reguliere zitting fysiotherapie	87,6%	79,6%	67,7%	55,7%
Zitting fysiotherapie uit behandeling	8,8%	4,7%	23,8%	15,4%
Zitting fysiotherapie instelling	3,5%	1,1%	7,5%	4,7%
Groepsbehandeling fysiotherapie	0,1%	0,0%	1,0%	1,2%
Fysiotherapeutisch consult	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Onbekend	0,1%	14,6%	0,0%	23,0%

Vraag 5: Wat is het resultaat van de behandeling?

☞ zie ook hoofdstuk 6: evaluatie

Tabel 29: Reden voor beëindiging van de zorg voor patiënten fysiotherapie met een afgeronde behandelingsperiode uitgesplitst naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Zf	Part
	3.437	1.362
Cliënt uitbehandeld	74,3%	71,1%
Maximaal aantal vergoede zittingen bereikt	2,6%	2,2%
Gestaakt door patiënt	4,0%	3,5%
Gestaakt door verwijzer	1,0%	1,3%
Gestaakt door paramedicus	5,6%	3,2%
Anders	3,8%	4,3%
Onbekend - niet ingevuld	8,7%	14,4%

Tabel 30: Het resultaat met betrekking tot het doel voor patiënten fysiotherapie met een afgeronde behandelingsperiode uitgesplitst naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)¹

	Zf	Part
	3.424	1.350
Doel niet bereikt	6,1%	4,7%
Doel enigszins bereikt	5,2%	3,9%
Doel half bereikt	6,2%	4,1%
Doel driekwart bereikt	21,5%	19,6%
Doel volledig bereikt	58,0%	64,6%
Onbekend	3,0%	3,0%

¹ Patiënten met een consult zijn uit de analyse gelaten.

Tabel 31: Aantal weken tussen het laatste behandelcontact en het versturen van het evaluatieverslag naar de verwijzer voor patiënten fysiotherapie met een afgeronde behandelperiode uitgesplitst naar de verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier)

	Zf	Part
	3.437	1.362
< 1 week	32,6%	31,9%
1 - 2 weken	6,7%	6,9%
2 - 3 weken	3,7%	3,9%
3 - 4 weken	2,0%	2,2%
> 4 weken	6,6%	8,1%
Onbekend - niet ingevuld	48,4%	46,9%