

Jaarboek LiPZ 2001

Deel 2: beroepsgroep oefentherapie Cesar

**R. Wimmers
I. Swinkels
I. Visser
D. de Bakker
E. van den Ende**

Utrecht, 2002

**NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030 - 2729700
www.NIVEL.nl**

ISBN 90-6905-585-6

<http://www.NIVEL.nl>

NIVEL@NIVEL.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2002 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 voorafgaan de 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	7
Samenvatting en beschouwing	9
- inleiding	9
- resultaten	10
- relevantie van het LiPZ-netwerk	17
1 Inleiding	19
1.1 Inleiding	19
1.2 Achtergrond	19
1.3 Toepassingen LiPZ-netwerk en LiPZ-gegevens	21
1.4 Doelstelling LiPZ	22
1.5 Vaststelling basisonderzoeksvragen door Stuurgroep LiPZ	23
1.6 Fasering in de opbouw van het LiPZ-netwerk	24
2 Methode	27
2.1 Inleiding	27
2.2 Definiëring van de gegevens per basis onderzoeksvraag	27
2.3 Gegevensverzameling	29
2.3.1 Instroom van gegevens	29
2.3.2 Methode van gegevensverzameling	31
2.3.3 Kwaliteitscontrole	32
2.4 Patiëntenpopulatie LiPZ-project	33
2.4.1 Afbakening van de patiëntenpopulatie	33
2.4.2 Definiëring van de behandelaflevering	34
2.4.3 Verschillende subonderzoeksgroepen	34
2.5 Representativiteit LiPZ-project	38
2.6 Analyse	41

3	Resultaten	43
3.1	Inleiding	43
3.2	Beschrijving kenmerken van patiënten en verwijzing naar oefentherapie Cesar	43
3.2.1	Patiëntkenmerken en indicatie VWS-lijst	44
3.2.2	Verwijzer naar oefentherapeutische zorg	45
3.2.3	Verwijsdiagnose	45
3.3	Beschrijving beroepsspecifieke diagnosecode	47
3.4	Beschrijving behandeling oefentherapeutische zorg	49
3.4.1	Aantal zittingen per afgeronde behandelingsperiode	50
3.4.2	Behandelduur per afgeronde behandelingsperiode	54
3.4.3	Prestatiecode	58
	Referenties	61
Bijlage 1:	Operationalisering variabelen opbouwfase LiPZ-project voor oefentherapie Cesar	63
Bijlage 2:	Representativiteit oefentherapie Cesar LiPZ-netwerk	71

Voorwoord

Onderliggend rapport beschrijft de resultaten uit de opbouwfase van het project 'Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg' (LiPZ) voor de beroepsgroep oefentherapie Cesar. Voor de beroepsgroepen fysiotherapie en oefentherapie-Mensendieck wordt verwezen naar 'Deel 1: beroepsgroep fysiotherapie' en 'Deel 3: beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck'.

In de opbouwfase van het LiPZ-project zijn de eerste stappen gezet om te komen tot een continue aanlevering van zorggerelateerde gegevens betreffende de paramedische beroepsgroepen. In dit project draagt een netwerk van peilstations zorg voor een continue informatievoorziening omtrent de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck.

Het LiPZ-project is uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen. Ten behoeve van het project is er een Stuurgroep opgericht, hierin hebben zitting:

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

namens het College voor Zorgverzekeringen:

- dr. W. H. Salzmänn;

namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:

- mw. A. Oostveen (tot 30-01-2001);

- drs. A.J.M. Zengerink (tot 11-09-2001);

- drs. P.S.B. Boom (vanaf 11-09-2001);

namens het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie:

- drs. P. van der Wees;

- dhr. B. de Berg;

namens de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck:

- mw. T. de Rijcke (tot 31-10-2000);

- mw. M.B. Schulte;

namens de Vereniging Bewegingsleer Cesar:

- mw. drs. H.C. Hasper;

namens de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen

Ambtenaren:

- mr. P. Engelsman (tot 10-09-2002);
- drs. W.M. Wolter (vanaf 10-09-2002);

namens Zorgverzekeraars Nederland:

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

namens het College Tarieven Gezondheidszorg (adviseur):

- mw. C. Gerritsen (tot 12-09-2000);
- drs. L.A.E.C. Brüll (vanaf 12-09-2000 tot 31-10-2000);
- drs. H. van Vliet (vanaf 31-10-2000).

Het NIVEL is als uitvoerder van het project bij bijeenkomsten van deze Stuurgroep vertegenwoordigd.

Dank gaat uit naar alle deelnemende therapeuten, zonder wiens inzet dit project niet tot stand had kunnen komen.

Utrecht, december 2002

Leeswijzer

Dit rapport wordt voorafgegaan door een zelfstandig leesbare samenvatting, waarin de resultaten van het LiPZ-netwerk worden bediscussieerd.

Geïnteresseerden in de achtergronden van het LiPZ-netwerk wordt aanbevolen hoofdstuk 1 te lezen.

Voor de verantwoording van de opzet van het LiPZ-netwerk wordt verwezen naar hoofdstuk 2. In paragraaf 2.4 wordt ingegaan op de definiëring en afbakening van de onderzoekspopulatie. Deze informatie is van belang bij de interpretatie van de resultaten, welke in hoofdstuk 3 worden gepresenteerd.

Het rapport is voorzien van twee bijlagen. In bijlage 1 wordt de inhoud van de gegevensverzameling weergegeven; een uitgebreide verantwoording van de representativiteit van het LiPZ-netwerk wordt beschreven in bijlage 2.

Samenvatting en beschouwing

Inleiding

Het doel van het project ‘Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg’ (LiPZ) is te komen tot een continue verzameling van zorggerelateerde gegevens over de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. In dit rapport zijn de gegevens voor de beroepsgroep oefentherapie Cesar gepresenteerd die verzameld zijn tijdens de opbouwfase van het LiPZ-project, de periode maart 2001 – juni 2002.

Ten behoeve van het LiPZ-project is een netwerk opgericht, bestaande uit praktijken voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de extramurale gezondheidszorg. Deze LiPZ-praktijken verzamelen op continue basis gegevens over het zorgproces van hun patiënten. De verzameling van gegevens vindt op geautomatiseerde wijze plaats door middel van de praktijksoftware. Maandelijks worden de verzamelde gegevens naar het NIVEL gezonden en na controle op de kwaliteit ingevoerd in een centrale database.

Het LiPZ-netwerk is gefaseerd gegevens gaan verzamelen. In de eerste fase, de opbouwfase van het LiPZ-netwerk, is een beperkt aantal gegevens verzameld welke gefilterd is uit het elektronische declaratieverkeer tussen de deelnemende oefentherapeuten Cesar en de zorgverzekeraars. In deze opbouwfase zijn hierdoor alleen gegevens over ziekenfondsverzekerde patiënten verzameld. De behandelingen van particulier verzekerde patiënten worden door oefentherapeuten Cesar namelijk rechtstreeks bij de patiënten gedeclareerd. In de opbouwfase zijn naast de declaratiegegevens enkele gegevens handmatig verzameld. Voor de beroepsgroep oefentherapie Cesar betreft dit gegevens omtrent de diagnose, zoals die door de verwijzer gesteld is en gegevens over de beroepsspecifieke diagnosecode die de oefentherapeut Cesar vaststelt aan het begin van een behandelingsperiode.

Tijdens de opbouwfase van het LiPZ-netwerk is de LiPZ-module ontwikkeld. Dit is een module die geïntegreerd is in de bestaande praktijksoftware. Deze LiPZ-module maakt het mogelijk naast gegevens over het declaratieverkeer aanvullende gegevens te verzamelen over het zorgproces. De uiteindelijk set van gegevens die door de LiPZ-module verzameld wordt, is afgestemd op het bestaande standaard verslagleggingformulier van de beroepsgroep oefentherapie Cesar. De LiPZ-module maakt het ook mogelijk gegevens over particulier verzekerde patiënten te verzamelen. Medio 2002 is gestart met de tweede fase van het LiPZ-project, waarbij het verzamelen van gegevens door middel van de LiPZ-module in de praktijken geïmplementeerd is. Inmiddels maken alle LiPZ-praktijken gebruik van de LiPZ-module.

Resultaten

Patiëntenpopulatie

In de opbouwfase van het LiPZ-netwerk zijn er van 2.562 ziekenfondsverzekerde patiënten met een reguliere behandeling oefentherapie Cesar zorggerelateerde gegevens verzameld. De gegevens zijn verzameld door 27 oefentherapeuten Cesar die verdeeld over 20 praktijken werkzaam zijn en minimaal vijf maanden geregistreerd hebben. De gemiddelde registratieperiode van de deelnemende praktijken bedraagt 13,4 maanden. Omdat LiPZ-praktijken geleidelijk zijn ingestroomd in het netwerk varieert de registratieperiode van tien tot 17 maanden.

Om een indruk te krijgen van de representativiteit van de gegevens is nagegaan of de oefentherapeuten Cesar die deelnemen aan het LiPZ-netwerk en de patiënten die zij behandelen op bepaalde kenmerken overeenkomen met wat bekend is over de landelijke populatie van oefentherapeuten Cesar en hun patiënten. Uit deze analyses bleek dat zowel de kenmerken van de oefentherapeuten Cesar uit het LiPZ-netwerk, als de kenmerken van hun patiënten goed overeenkomen met hetgeen bekend is.

In dit rapport worden over 3 groepen van patiënten gegevens gepresenteerd, namelijk patiënten die in 2001 verwezen zijn, patiënten die langdurig (> 6 maanden) onder behandeling zijn (geweest) en patiënten van wie de behandelingsperiode tijdens de registratieperiode zowel is begonnen als afgesloten.

De groep van patiënten met een verwijzdatum in 2001 (n = 1.532) kan beschouwd worden als een doorsnede van de patiëntenpopulatie van de oefentherapeut Cesar. Patiënten met een langdurige behandelingsperiode (al dan niet aangevangen en/ of afgesloten tijdens de registratieperiode) (n = 486) vor-

men een subgroep van deze ‘doorsnede’. Deze groep van patiënten is de groep die aanspraak doet of heeft gemaakt op langdurige zorg. Voor een deel zal deze groep bestaan uit patiënten met chronische klachten en voor een deel uit patiënten met niet-chronische klachten bij wie een verbetering van bewegingsgewoonten nodig is. Deze laatste subgroep heeft een langere behandelingsperiode nodig, omdat het verbeteren van bewegingsgewoonten -een belangrijk uitgangspunt in de behandeling van de oefentherapeut Cesar- een langer tijdsbestek in beslag neemt (1). Let wel, binnen de groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode wordt geen rekening gehouden met het aantal zittingen.

De derde categorie van patiënten wordt gevormd door patiënten bij wie de behandelingsperiode is begonnen én beëindigd tijdens de registratieperiode en van wie er een verwijfsdiagnose bekend is (n = 1.041), in dit rapport aangeduid als ‘afgeronde behandelingsperiode’. Bij de interpretatie van de gegevens van deze laatste categorie van patiënten dient men voor ogen te houden dat in de opbouwfasen van het LiPZ-netwerk relatief veel korte behandelingsperiodes zijn verzameld. Dit komt doordat het LiPZ-netwerk relatief ‘jong’ is. Voor het verzamelen van gegevens over langdurige, afgeronde behandelingsperiodes is een (veel) langere registratieperiode nodig. Concreet betekent dit binnen de groep van patiënten met een afgeronde behandelingsperiode dat patiënten met een kortere behandelingsperiode zijn oververtegenwoordigd. Met name bij de interpretatie van het gemiddeld aantal zittingen per behandelingsperiode en de behandelingsduur daarvan dient men hiermee rekening te houden. Dit fenomeen treedt overigens op in elk registratieproject.

Patiëntkenmerken

Uit de LiPZ-gegevens blijkt dat het merendeel van de groep patiënten, die in 2001 verwezen is naar een oefentherapeut Cesar, vrouw is (74,4%). Ongeveer 70 procent is 25 jaar of ouder en slechts vijf procent is ouder dan 65 jaar. Patiënten met een afgeronde behandelingsperiode en patiënten met een langdurige behandelingsperiode (langer dan zes maanden) verschillen wat betreft geslacht en leeftijd nauwelijks van de patiënten die in 2001 verwezen zijn, met uitzondering van de leeftijdscategorie nul tot 14 jaar, waarvan het percentage in de groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode hoger ligt. Op grond van de beperkende maatregel is een indeling te maken in zogenaamde 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 (lijstpatiënten genoemd), worden hiervan uitgezonderd, voor hen zijn de aanspraken op vergoedingen niet of veel minder beperkt.

De groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001 bestaat vooral uit niet-lijstpatiënten (95,6%). Bij de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode ligt het percentage niet-lijstpatiënten iets hoger namelijk 97,6%. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het al eerder genoemde feit dat in de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode patiënten met een korte behan-delepisode relatief veel voorkomen.

Ook in de groep patiënten met een langdurige behandeling is het percentage niet-lijstpatiënten hoog, namelijk 88,9%. Kennelijk worden in de huidige praktijken voor oefentherapie Cesar ook niet-lijstpatiënten langdurig (langer dan 6 maanden) behandeld. Dit betekent dat het onderscheid tussen lijst- en niet-lijstpatiënten niet zonder meer samenvalt met het onderscheid tussen langdurige en niet-langdurige therapie. Het uitgangspunt van oefentherapie Cesar -het bereiken en bestendigen van een gedragsverandering- zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de langdurige behandeling van niet-lijstpatiënten. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat onder niet-lijst-patiënten ook patiënten met chronische klachten voorkomen. Waarschijnlijk zijn beide verklaringen geldig. In een volgende rapportage zullen we hierop terugkomen.

Verwijzing

Over het algemeen worden patiënten door een huisarts verwezen naar oefen-therapie Cesar (ongeveer 90%). Als er sprake is van een verwijzing door een medisch specialist is dat vaak een neuroloog of orthopeed. Verschillen in be-trekking tot de verwijzer tussen de groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001, de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode en de groep patiënten met een langdurige behandel-episode zijn slechts klein.

Bij de verwijzing van een patiënt naar de oefentherapeut Cesar motiveert de verwijzer de reden voor de verwijzing op het verwijfsformulier. Deze reden wordt ook wel de verwijfsdiagnose genoemd. De letterlijke teksten van deze verwijfsdiagnosen zijn in dit project gecodeerd door een onderzoeker op het NIVEL, waardoor valide informatie is verkregen over de reden van verwijzingen naar oefentherapie Cesar. In alle onderscheiden groepen komen de verwijfsdiagnosen 'lage rugpijn zonder uitstraling' en 'symptomen/klach-ten rug' het meest voor. De verwijfsdiagnosen hebben bij patiënten die ver-wezen zijn in 2001 over het algemeen betrekking op het bewegingsapparaat, met name op de lumbale en cervicale wervelkolom, respectievelijk 41,9% en 15,9%. Ook hyperventilatie komt redelijk frequent voor (5,7%). Patiënten

met een afgeronde behandelingsperiode wijken wat betreft de volgorde en voorkomen van de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen nauwelijks af van de patiënten die in 2001 verwezen zijn.

Negen diagnosen uit de top tien van verwijfsdiagnosen van patiënten met een verwijfsdatum in 2001 komen eveneens voor in de top tien van verwijfsdiagnosen van patiënten met een langdurige behandelingsperiode. De verwijfsdiagnose ‘symptomen/klachten rug’ komt het meest voor bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode (19,7%), deze komt op de tweede plaats bij patiënten verwezen in 2001 (19,3%). De verwijfsdiagnose ‘specifiek leerprobleem’ komt wel voor in de top tien van verwijfsdiagnosen van patiënten met een langdurige behandelingsperiode (4,1%), maar niet in de top tien van patiënten met een verwijfsdatum in 2001.

Beroepsspecifieke diagnosecode

In de beroepsspecifieke diagnosecode leggen oefentherapeuten Cesar twee groepen gegevens vast. De eerste groep gegevens betreft informatie omtrent de verwijfsgegevens van de arts, te weten de lichaamslokalisatie en de pathologie. Deze informatie wordt door de oefentherapeut middels de -door Zorgverzekeraars Nederland ontwikkelde- VNZ-codering vastgelegd. Aanvullend omvat de tweede groep gegevens bevindingen van de oefentherapeut Cesar wat betreft de belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling en het complicerend beeld in termen van stoornissen en beperkingen.

Een indeling van patiënten naar de beroepsspecifieke diagnosecode laat zien dat de patiënten die verwezen zijn naar oefentherapie Cesar wat betreft pathologie vaak een orthopedische of degeneratieve aandoening hebben. Wat betreft belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling komen de diagnosen ‘stoornis in het functioneren van de wervelkolom’ of ‘stoornis in de stand/ houding van het gehele lichaam’ vaak voor. De meest gestelde combinatie tussen pathologie en belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling is de combinatie ‘orthopedische aandoening’ met ‘stoornis in functioneren wervelkolom’ (9,8%). Bij patiënten met een langdurige behandeling is dit eveneens de meest gestelde combinatie (12,5%). De top tien van deze laatste groep komt voor een groot deel overeen met de tien meest voorkomende combinaties binnen de groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001. Het meest opvallende verschil is de combinatie ‘neurologische aandoening’ met ‘controle willekeurig bewegen’. Deze combinatie komt niet voor in de top tien van patiënten met een verwijfsdatum in 2001, terwijl deze bij de patiënten met een langdurige behandelingsperiode op de zesde plaats staat (5,7%).

Tot op heden is er slechts beperkt onderzoek geweest naar de diagnose-codering van de beroepsgroep oefentherapie Cesar. In de huidige rapportage is er gekozen om de combinatie tussen de dimensie pathologie en de dimensie belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de therapeut verder uit te werken. Er zijn echter meerdere mogelijkheden om de beroepsspecifieke diagnosecode weer te geven. In een eventuele vervolgstudie kan nader onderzoek gedaan worden naar de meest optimale vorm van weergave van de beroepsspecifieke diagnosecode voor oefentherapie Cesar.

Behandeling

Het gemiddeld aantal zittingen voor patiënten met een afgeronde behandel-episode bedraagt 11,2 (\pm 6,7). Ruim een kwart van deze patiënten heeft 13 tot 18 zittingen gehad. Tevens is een groot deel zeven tot negen keer behandeld (21,2%). Van de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode heeft niemand een consult gehad. Sinds 2001 is de mogelijkheid tot het declareren van een consult opgenomen in de VEKTIS-standaard, de standaard die geldt voor het declaratieverkeer tussen zorgverzekeraars en oefentherapeuten Cesar. Vervolgens is deze VEKTIS-standaard geleidelijk geïmplementeerd in nieuwe versies van praktijksoftwarepakketten. Dit relatief korte bestaan en een mogelijke onbekendheid van huisartsen met een consult zijn wellicht de oorzaak van het niet of nauwelijks voorkomen van consulten in de praktijk voor oefentherapie Cesar.

Opmerkelijk is dat bij ongeveer tien procent van de patiënten met een afgeronde behandel-episode de behandel-episode bestaat uit één tot drie zittingen. In het evaluatieonderzoek naar de beperkende maatregel was dit percentage veel lager, namelijk 2,9% (2). Navraag bij LiPZ-praktijken leerde dat redenen voor deze relatief korte behandel-episoden kunnen zijn dat patiënten soms zonder opgaaf van redenen gestopt zijn met de behandeling, vrij snel worden doorverwezen naar een medisch specialist of een advies hebben gekregen over hulpmiddelen. Daarnaast is het mogelijk dat deze groep patiënten bevat van wie de behandelingen ten onrechte bij een ziekenfondsverzekering zijn gedeclareerd. In het LiPZ-netwerk heeft voor het eerst een geautomatiseerde registratie van gegevens plaatsgevonden. Eerder registratieonderzoek is in alle gevallen gebaseerd geweest op papieren registraties. Het is mogelijk dat in eerder registratieonderzoek patiënten met een korte behandel-episode (1-3 zittingen) niet zijn ingestuurd omdat naar de mening van de oefentherapeut Cesar er geen sprake is geweest van een duidelijk afgebakende behandel-episode. Een andere oorzaak voor het hogere percentage patiënten met een korte behandel-episode kan zijn dat oefentherapeuten Cesar in de VEKTIS-standaard nog niet de mogelijkheid hadden

om een consult te declareren. In dat geval declareerden de oefentherapeuten een consult wellicht als één of twee reguliere zittingen. Binnen het LiPZ-netwerk wordt inmiddels de reden van beëindiging van de behandel-episode op valide wijze geregistreerd middels een specifieke vraag daarover in de LiPZ-module. In het volgende jaarboek zal hierover worden gerapporteerd.

Bij ruim 80 procent van de patiënten met een afgeronde behandel-episode wordt de behandel-episode binnen zes maanden afgesloten met maximaal 18 zittingen. Bij 9,9% van de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode bestaat de behandel-episode uit meer dan 18 zittingen. Ruim de helft van de patiënten met een afgeronde langdurige behandeling (> zes maanden) ontvangt minder dan 19 zittingen. Dit betekent dat de zittingen over de tijd gespreid worden. Deze constatering komt overeen met de doelstelling van oefentherapeuten Cesar, namelijk bewegingsgewoonten verbeteren en gezond(er) motorisch (bewegings)gedrag bevorderen (1). Het bereiken van deze doelstelling (het gedrag veranderen) neemt uiteraard een langer tijds-bestek in beslag.

Bij de interpretatie van genoemde gegevens dient er rekening mee gehouden te worden dat bij 70 procent van de patiënten met een langdurige behandel-episode de behandel-episode niet is afgerond. Zoals eerder gezegd heeft dit te maken met de relatief korte periode van registreren. De groep patiënten met een afgeronde behandel-episode bevat daarom een ondervertegenwoordiging van de patiënten met een langdurige behandel-episode. In de volgende rap-portage over de LiPZ-gegevens zullen we hierop terugkomen.

Uit de LiPZ-gegevens blijkt dat het aantal zittingen binnen een behandel-episode niet significant beïnvloed wordt door het geslacht, de leeftijd en de verwijzer.

De verschillen in het gemiddeld aantal zittingen per verwijsdiagnose zijn gering. Binnen de top tien van de meest voorkomende verwijsdiagnosen loopt het aantal zittingen uiteen van 10,5 ('lage rugpijn zonder uitstraling') tot 13,4 ('neurasthenie/ surmenage'). Kennelijk heeft de verwijsdiagnose weinig 'voorspellende' waarde voor de omvang van de behandeling. Verschillen tussen het gemiddeld aantal zittingen van de tien meest voor-komstige combinaties tussen de pathologie en de belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling van de beroepsspecifieke diagnose-codering zijn iets groter. Het gemiddelde aantal zittingen van deze top tien loopt uiteen van 8,8 zittingen (de combinatie 'symptomatologie' met 'stand/houding lichaam als geheel') tot 12,8 zittingen (de combinatie 'orthopedi-

sche aandoening' met 'stand/ houding lichaam als geheel'). Mogelijk kunnen andere combinaties van elementen van de diagnosecodering beter differentiëren in de omvang van behandelperiodes.

Patiënten met een afgeronde behandelperiode hebben een gemiddelde behandelduur per behandelperiode van 14,0 (\pm 10,3) weken. Bijna de helft van deze patiënten is langer dan drie maanden onder behandeling. Ongeveer een kwart van de patiënten is korter dan zes weken onder behandeling. De behandelduur van patiënten met een langdurige behandeling ligt -uiteraard- aanzienlijk hoger ($33,4 \pm 6,2$ weken). Evenals bij het gemiddeld aantal zittingen is ook dit waarschijnlijk een onderschatting van de gemiddelde behandelduur. Geslacht, leeftijd en soort verwijzer hebben geen significante invloed op de behandelduur.

De behandelduur voor de tien meest voorkomende verwijzdiagnosen loopt uiteen van 13,0 weken ('lage rugpijn zonder uitstraling') tot 18,5 weken ('neurasthenie/ surmenage'). Wat betreft de tien meest voorkomende combinaties tussen de pathologie en de belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling van de beroepsspecifieke diagnosecode is de range ongeveer hetzelfde. De combinatie van 'orthopedische aandoening' met 'stand/houding van het gehele lichaam' heeft gemiddeld de langste behandelduur (17,5 weken). De combinatie van 'degeneratieve aandoening' met 'structuur/functioneren rompmusculatuur' heeft gemiddeld de kortste behandelduur (12,2 weken).

Over het algemeen worden de behandelingen van patiënten die verwezen zijn in 2001 gedeclareerd als 'reguliere zitting oefentherapie Cesar zonder toeslag' (97,7%). Ruim twee procent wordt gedeclareerd als 'zitting oefentherapie Cesar met toeslag voor uitbehandeling'. In verhouding tot het grote aantal declaraties voor reguliere zittingen, hebben er niet of nauwelijks declaraties plaatsgevonden voor zittingen in een instelling, voor groepsbehandelingen en voor consulten. Groepsbehandelingen zijn reeds enkele jaren geleden ingevoerd, maar kennelijk wordt het niet veel toegepast. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat er, om voor groepsbehandelingen in aanmerking te komen, specifieke eisen aan onder andere de praktijkruimte worden gesteld.

Relevantie van het LiPZ-netwerk

Het huidige jaarboek presenteert de eerste gegevens die door het LiPZ-netwerk gegenereerd zijn. Medio 2002 is de tweede fase van het LiPZ-project ingegaan, wat betekent dat er inmiddels op een continue basis een meer uitgebreide registratie van gegevens plaatsvindt. Het streven is om een jaarlijkse rapportage over de LiPZ-gegevens te laten verschijnen.

De gegenereerde LiPZ-gegevens kunnen in voorkomende gevallen gebruikt worden als referentiewaarden in de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg. Deze referentiewaarden zullen van waarde zijn voor beroepsverenigingen en beleidsmakers om hun beleid in de komende jaren af te stemmen. Individuele beroepsbeoefenaren/praktijkhouders kunnen deze referentiewaarden gebruiken om hun handelen te toetsen.

Gezien de continuïteit van het LiPZ-netwerk is het in de komende jaren bovendien mogelijk om trendmatige veranderingen in de geboden paramedische zorg waar te nemen. Eerder verzamelde LiPZ-gegevens kunnen als nulmeting fungeren om veranderingen in de paramedische zorg in kaart te brengen. Een aantal belangrijke ontwikkelingen heeft zich in de extramurale paramedische zorg reeds ingezet. Denk bijvoorbeeld aan de verwachte wijziging van pakketsamenstelling van de basisverzekering en de discussie omtrent de realisatie van directe toegankelijkheid tot fysiotherapie of oefen-therapie. Het LiPZ-netwerk zal niet alleen gegevens op gaan leveren die zullen bijdragen aan de besluitvorming, maar ook gegevens die het mogelijk maken veranderingen ten gevolge van deze besluitvorming (bijvoorbeeld veranderingen in de omvang en de inhoud van de zorg) te volgen.

1 Inleiding

1.1 Inleiding

Dit rapport beschrijft de resultaten uit de opbouwfase van het project 'Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg' (LiPZ). Het LiPZ-project is opgezet naar aanleiding van conclusies uit de 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' (3). Eén van deze conclusies was dat er behoefte is aan een continue registratie van zorggerelateerde paramedische gegevens. Deze conclusie heeft geleid tot het uiteindelijke doel van het LiPZ-project: 'een continue aanlevering van zorggerelateerde gegevens over de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck'. Zoals later in het rapport beschreven staat, is er in verband met de complexiteit een fasering in het LiPZ-project aangebracht. In de eerste fase (de opbouwfase) worden alleen basale gegevens uit het elektronische declaratieverkeer tussen therapeuten en zorgverzekeraars van de drie beroepsgroepen verzameld. In de tweede fase worden daar aanvullende gegevens aan toegevoegd. Onderliggend rapport beschrijft uitsluitend gegevens uit de opbouwfase van het LiPZ-project en bevat de eerste basale gegevens van de beroepsgroep oefentherapie Cesar. De resultaten van de opbouwfase van de beroepsgroepen fysiotherapie en oefentherapie-Mensendieck staan respectievelijk in 'Deel 1: beroepsgroep fysiotherapie' en 'Deel 3: beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck'.

In het eerste hoofdstuk wordt nader ingegaan op de achtergronden, de totstandkoming en de doelstellingen van het LiPZ-project.

1.2 Achtergrond

Over de paramedische sector is slechts beperkte informatie beschikbaar (3). Zorginhoudelijke informatie (welke zorg wordt bij welke patiënten geboden) en inzicht in de inhoud van de paramedische behandeling (aard, omvang en behandelresultaat) is nauwelijks aanwezig. Gedurende de jaren 1989-1992 heeft het project BEEF (Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek Extramurale Fysiotherapie) belangrijke informatie aangeleverd over de inhoud van fysiotherapeutische zorg in de extramurale gezondheidszorg, maar dit project is inmiddels al geruime tijd afgesloten en de gegevens zijn verouderd

(4). Voor oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck is een soortgelijk project uitgevoerd, maar ook dit project heeft al enige tijd geleden plaatsgevonden (5). Via registraties van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ; voorheen de Ziekenfondsraad (ZFR)) is er informatie beschikbaar over de kosten voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck die gemaakt zijn door ziekenfondsverzekerden. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en Prismant (voorheen het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI)) leveren continue landelijke registraties over het gebruik van fysiotherapie en het volume van de zorg geleverd door fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. De registraties van het CvZ, het CBS en Prismant voldoen echter in onvoldoende mate aan de behoefte aan zorginhoudelijke informatie (3). VEKTIS beschikt over gegevens betreffende de kosten die gedeclareerd zijn bij de ziektekostenverzekeraars en bij de privaatrechtelijke verzekerden. Een nadeel van deze gegevens is dat er geen uitsplitsing mogelijk is van de kosten naar de zorgvraag. Door de zorgverzekeraars worden via het declaratieverkeer tussen paramedici en zorgverzekeraars ook gegevens verzameld die gerelateerd zijn aan de paramedische zorg. Deze gegevens verschaffen echter geen informatie over de inhoud van de behandeling. Bovendien betreft het geen landelijk representatieve gegevens en zijn ze niet openbaar toegankelijk.

Om de informatievoorziening voor paramedische zorg op landelijk niveau structureel te verbeteren, heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 1996 opdracht gegeven vooronderzoek uit te voeren naar de mogelijkheden voor een adequate informatievoorziening. Naar aanleiding daarvan is in de 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' geïnventariseerd welke informatiebehoefte er bestaat in de paramedische sector, welke gegevens in deze informatiebehoefte voorzien en op welke manier landelijke informatievoorziening plaats zou kunnen vinden (3). Eén van de conclusies van deze pilot was dat er, naast de bestaande informatiestromen, behoefte is aan een continue registratie van gegevens met betrekking tot zorg- en preventiebeleid en gegevens met betrekking tot het verzekerings- en financieringsbeleid. De verkregen gegevens kunnen niet alleen gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering van de gegeven zorg, maar ook voor het beantwoorden van beleidsvragen. Om die reden werd er in het rapport gepleit voor de totstandkoming van een landelijk informatienetwerk in de vorm van zogenaamde peilstations. Via een landelijk representatief netwerk van peilstations kan een relatief smalle stroom van beleidsrelevante gegevens van hoge kwaliteit op continue basis aangeleverd worden. Daarnaast kan de in-

frastructuur van het netwerk gebruikt worden om rond incidentele vraagstellingen aanvullende informatie te verzamelen. Een nadrukkelijke aanbeveling in het rapport 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg' was een fasering van de opbouw van de landelijke informatievoorziening met betrekking tot de omvang van de gegevensverzameling en de betrokkenheid van de paramedische beroepen (3).

De beroepsverenigingen van fysiotherapeuten (KNGF), oefentherapeuten Cesar (VBC) en oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) hebben met de Minister van VWS in de Meerjarenaafspraken (1998) vastgesteld dat de oprichting en instandhouding van een systeem van peilstations, conform de aanbevelingen van het rapport 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg', noodzakelijk is (6). Met behulp van dit systeem kan worden voorzien in de behoefte aan actuele, beleidsrelevante informatie, waarmee vragen over de paramedisch zorg beantwoord kunnen worden (3). In dit kader heeft het NIVEL opdracht gekregen een dergelijk informatiesysteem voor de extramurale fysiotherapie, extramurale oefentherapie Cesar en extramurale oefentherapie-Mensendieck te realiseren. Er is in eerste instantie voor deze drie beroepsgroepen gekozen, omdat ze het grootste deel van de kosten van de paramedische zorg voor hun rekening nemen, in hoge mate geautomatiseerd zijn en zelfstandig (zonder tussenkomst van andere professionals in de gezondheidszorg) declareren (3). In het project 'Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg' (LiPZ) is dit informatiesysteem opgezet conform de aanbevelingen van het rapport 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg'.

1.3 Toepassingen LiPZ-netwerk en LiPZ-gegevens

De gegevens die door bovengenoemde peilstations in het LiPZ-project verzameld worden, kunnen gebruikt worden als referentiewaarden van zorginhoudelijke informatie over de fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Voor beroepsverenigingen en beleidsmedewerkers kunnen deze referentiewaarden van waarde zijn voor het afstemmen van hun beleid in de komende jaren. Door individuele beroepsbeoefenaars/praktijkhouders kunnen de LiPZ-gegevens gebruikt worden om hun handelen te spiegelen.

Naast bovengenoemde toepassingen van de LiPZ-gegevens, biedt het LiPZ-netwerk ook een relatief flexibele structuur voor wetenschappelijke en beleidsgerelateerde vraagstellingen. Op projectbasis kan voor incidentele

vraagstellingen gebruik gemaakt worden van het LiPZ-netwerk. Incidentele vraagstellingen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op specifieke patiëntengroepen, op de implementatie van kwaliteitsinstrumenten of op het proces van zorg. Deze incidentele vraagstellingen kunnen onderscheiden worden in vraagstellingen waarvoor geen aanvullende gegevensverzameling nodig is, vraagstellingen waarvoor een eenmalige, aanvullende en in tijd begrensde gegevensverzameling nodig is en vraagstellingen waarvoor de inzet van LiPZ-producten (bijvoorbeeld de programmatuur) nodig is.

1.4 Doelstelling LiPZ

Om bovengenoemd informatiesysteem van peilstations op te zetten, heeft de opbouwfase van het LiPZ-project een driedig doel.

Het eerste doel is het opzetten en implementeren van een netwerk van peilstations (LiPZ-praktijken) voor de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Deze peilstations verzamelen in de opbouwfase de eerste basale zorggerelateerde gegevens.

Het tweede doel is het vaststellen van de basisonderzoeksvragen met betrekking tot het paramedisch handelen. Deze vragen zijn vastgesteld door een -voor het LiPZ-project- geformeerde Stuurgroep. Met behulp van de verzamelde basisgegevens kunnen de basisonderzoeksvragen beantwoord worden.

Dit rapport heeft betrekking op het derde doel, namelijk de rapportage over de opbouwfase van het LiPZ-project. De basisgegevens die hierin verzameld zijn, geven een antwoord op de basisonderzoeksvragen en vormen een afspiegeling van het paramedisch handelen van de extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck.

Bovengenoemde doelen zijn een aanzet tot het uiteindelijke doel, namelijk het verkrijgen van een continue, systematische en adequate informatievoorziening van het paramedisch handelen op landelijk niveau. In de opbouwfase zijn hiervoor de eerste stappen gezet en in de tweede fase van het LiPZ-project kan dit doel gerealiseerd worden.

1.5 Vaststelling basisonderzoeksvragen door Stuurgroep LiPZ

Conform de aanbeveling in de ‘Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg’ is er voor het LiPZ-project een Stuurgroep geformeerd (3). Deze Stuurgroep had als belangrijkste taak het opstellen van de basisonderzoeksvragen die door het LiPZ-netwerk beantwoord moeten worden.

Stuurgroep

In bovengenoemde Stuurgroep hebben afgevaardigden zitting van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM), de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC), het College voor Zorgverzekeringen (CvZ), de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor Ambtenaren (KPZ), het Ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) is als uitvoerder van het project bij bijeenkomsten van de Stuurgroep aanwezig. Een onafhankelijke voorzitter zit deze bijeenkomsten voor. Een afgevaardigde van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) is als adviseur bij de bijeenkomsten van de Stuurgroep aanwezig.

In de samenwerkingsovereenkomst tussen de partijen die vertegenwoordigd zijn in de Stuurgroep en het NIVEL zijn achtereenvolgens de wijze van besluitvorming, de taken van het NIVEL, het beheer en de toegankelijkheid van de gegevens, de publicatie van de LiPZ-resultaten, het privacyreglement en de procedure bij geschillen vastgelegd.

Basionderzoeksvragen

Eén van de belangrijkste taken van de Stuurgroep was het vaststellen van de basisonderzoeksvragen waarvoor het LiPZ-project de gegevens verzamelt. Met in achtneming van de aanbevelingen uit de ‘Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg’ is er na inventarisatie van de wensen van de leden van de Stuurgroep overeenstemming bereikt over deze basisonderzoeksvragen. De vragen zijn gedefinieerd rond vijf domeinen, die gerelateerd zijn aan het fysiotherapeutisch en/of oefentherapeutisch handelen. Het betreft de volgende domeinen: patiënt, verwijzing, diagnose, behandeling en evaluatie. Per domein is er door de Stuurgroep één overkoepelende basisonderzoeksvraag vastgesteld. De basisonderzoeksvragen staan hieronder weergegeven.

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

Door middel van deze patiëntgerelateerde vraag wordt er inzicht verkregen in categorieën van patiënten die gebruik maken van paramedische zorg. Tevens kunnen deze categorieën indicatoren zijn voor het aantal benodigde zittingen per behandelingsperiode en de duur van een behandelingsperiode.

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

Bovenstaande verwijzingsgerelateerde vraag heeft onder andere betrekking op factoren die de vraag naar paramedische zorg bepalen, namelijk de verwijzer en de inhoud/reden van de verwijzing.

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

Basisvraag drie, de diagnosegerelateerde vraag, geeft informatie over kenmerken die gerelateerd zijn aan het gezondheidsprobleem van de patiënt en de beroepsinhoudelijke definiëring van dat probleem.

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

Met deze behandelingsgerelateerde vraagstelling wordt inzicht verkregen in aspecten van de paramedische zorg die geboden wordt.

Basisvraag 5 Wat is het resultaat van de behandeling?

Met behulp van deze evaluatiegerelateerde vraagstelling wordt inzicht verkregen in de doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling.

Om de basisonderzoeksvragen te beantwoorden heeft de Stuurgroep per vraag een set variabelen gedefinieerd. De operationalisering van een deel van deze variabelen, namelijk het gedeelte dat voor de opbouwfase gedefinieerd is, staat weergegeven in bijlage 1.

1.6 Fasering in de opbouw van het LiPZ-netwerk

In het LiPZ-project is, conform de aanbevelingen in de 'Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg', uitgegaan van een stapsgewijze opbouw van de gegevensverzameling. Hiervoor is gekozen omdat de opbouw van het

LiPZ-netwerk, het realiseren van aanpassingen in de geautomatiseerde registratie van gegevens en het scheppen van de benodigde infrastructuur voor het instandhouden van de registratie en voor de verwerking van de gegevens, aanzienlijke inspanning vraagt van diverse partijen.

In eerste instantie (in de opbouwfase) hebben de LiPZ-praktijken alleen gegevens verzameld die, zonder aanpassing in de praktijksoftware, gefilterd kunnen worden uit het declaratieverkeer tussen zelfstandig declarerende paramedici en zorgverzekeraars. De declaratiebestanden zijn opgebouwd volgens de standaard 'Externe Integratie Declaraties Paramedische Hulp' (7). De gegevens die hieruit gefilterd worden, worden de VEKTIS-gegevens genoemd.

Bovenstaande manier van verzamelen levert echter niet voldoende informatie om de basisvragen te beantwoorden. Zo worden er namelijk geen gegevens meegenomen over particulier verzekerde patiënten en maar weinig gegevens over de inhoud van het behandelplan. Om deze gegevens wel te verkrijgen, is er in de opbouwfase een aparte LiPZ-module ontwikkeld, welke in de tweede fase in gebruik wordt genomen. Deze LiPZ-module is een softwaremodule die geïmplementeerd kan worden in de bestaande praktijksoftware van de LiPZ-praktijken. Deze module maakt het mogelijk om gegevens rechtstreeks uit de patiëntenregistratie van de praktijken te filteren. Hierdoor kunnen aanvullende gegevens, zoals gegevens over de uitgevoerde verrichtingen, verzameld worden.

Om de VEKTIS-gegevens in de opbouwfase meer betekenis te geven zijn in deze fase handmatig, middels een aanvullend formulier, extra gegevens verzameld, die niet voorkomen in het declaratieverkeer tussen de paramedici en de verzekeraars. Het betreft voor oefentherapie Cesar gegevens over de diagnose zoals die door de verwijzer gesteld is en gegevens over de diagnose zoals die door de oefentherapeut is vastgesteld (beroepsspecifieke diagnose-code).

2 Methode

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft in het kort de methode die in de opbouwfase van het LiPZ-project is toegepast om de benodigde gegevens voor de beroepsgroep oefentherapie Cesar te verzamelen. In paragraaf 2.2 worden de gegevens beschreven die in de opbouwfase gebruikt zijn om de basisonderzoeksvragen te beantwoorden. Vervolgens komt de gegevensverzameling aan bod, daarbij wordt onder andere ingegaan op de instroom van gegevens, de methode en de kwaliteitscontrole die is uitgevoerd. Verder worden achtereenvolgens in dit hoofdstuk de onderzoeksgroep, de representativiteit van het LiPZ-netwerk en de analyse van de gegevens besproken.

2.2 Definiëring van de gegevens per basisonderzoeksvraag

Ter beantwoording van de basisonderzoeksvragen van het LiPZ-project is er door de Stuurgroep per vraagstelling een set gegevens gedefinieerd. In de opbouwfase van het LiPZ-project is slechts een deel van deze gegevensset verzameld. De operationalisering van dit deel van de gegevensset staat weergegeven in bijlage 1. Met behulp van deze gegevens kunnen de basisonderzoeksvragen nog niet volledig beantwoord worden. In de tweede fase kunnen de vragen wel volledig beantwoord worden. Zoals eerder aangegeven is, zal in het huidige rapport alleen over de gegevens uit de opbouwfase gerapporteerd worden.

Voor vraagstelling één, die gerelateerd is aan de patiëntkenmerken, worden in de opbouwfase gegevens gebruikt over het geslacht en de leeftijd van de patiënten.

Voor vraagstelling twee, welke betrekking heeft op de verwijzing, worden in de opbouwfase gegevens gebruikt die betrekking hebben op de verwijzer en de diagnose zoals deze door de verwijzer is gesteld (verwijsdiagnose). Daarnaast worden er gegevens verzameld omtrent het al dan niet voorkomen op de lijst met aandoeningen voor langdurige of intermitterende fysiotherapie of oefentherapie (VWS-lijst). De VWS-lijst is vastgesteld door het

ministerie van VWS bij de invoering van de beperkende maatregel (1996).¹ In het LiPZ-project is de VWS-lijst gebruikt om patiënten in te delen in de groepen ‘patiënten met een aandoening die voorkomt op de lijst met aandoeningen voor chronische of intermitterende behandeling’ en ‘patiënten met een aandoening die niet voorkomt op de lijst met aandoeningen voor chronische of intermitterende behandeling’ (respectievelijk lijst- en niet-lijst-patiënten).

De diagnosegerelateerde vraagstelling (vraag 3) wordt in de opbouwfase beantwoord aan de hand van de beroepsspecifieke diagnosecode. Wat betreft oefentherapie Cesar bestaat deze diagnosecodering uit zes posities, waarbij een uitsplitsing is gemaakt in lichaamslokalisatie (twee posities), pathologie (twee posities), belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut (één positie) en complicerend beeld in termen van stoornissen en beperkingen (één positie). Hierbij worden lichaamslokalisatie en pathologie (de verwijisgegevens van de arts) via een door Zorgverzekeraars Nederland ontwikkelde code (VNZ-codering) vastgelegd.

Bij de vierde vraag, welke in gaat op een aantal kenmerken van de behandeling, zijn gegevens over het aantal zittingen per behandelingsperiode², de duur van een behandelingsperiode en de prestatiecode geregistreerd. De prestatiecode geeft weer of een zitting een reguliere zitting, een groepsbehandeling of een consult betreft. Bij de reguliere zittingen wordt aangegeven waar de zittingen hebben plaatsgevonden: in de praktijk, bij de patiënt thuis of in de instelling waar de patiënt verblijft.

Voor vraagstelling vijf, die betrekking heeft op het resultaat van de zorg, zijn in de opbouwfase gegevens verzameld met betrekking tot de reden van het einde van de zorg. Deze gegevens zijn echter vaak niet correct, pas na de laatste declaratie of helemaal niet ingevuld. Hierdoor is er slechts bij een klein percentage van de patiënten een reden voor het einde van de zorg bekend (6,7% van de patiënten met een afgeronde behandelingsperiode). Daarnaast kan het voorkomen dat een oefentherapeut invult dat een patiënt nog niet uitbehandeld is, terwijl dit officieel wel het geval is. Als ingevuld wordt dat een patiënt nog niet uitbehandeld is, blijft de mogelijkheid open om bij een recidief onder dezelfde reeks behandelingen verder te gaan. Met name

¹ Bij de invoering van de beperkende maatregel is vastgelegd dat de standaardpakketpolis van ziektefondsverzekeren per jaar per indicatie 18 zittingen voor oefentherapie Cesar bevat. Bij eenderde van de zorgverzekeraars kan via de aanvullende verzekering een uitbreiding van deze 18 zittingen plaatsvinden. Patiënten met een aandoening die voorkomt op de VWS-lijst kunnen aanspraak maken op meer dan 18 zittingen (8).

² Onder een behandelingsperiode worden alle contacten die onder dezelfde verwijisdiagnose en verwijisdatum vallen, verstaan.

als de machtiging voor de eerste 18 behandelingen nog niet geheel verbruikt is, zou dit het geval kunnen zijn. Als een patiënt echter niet terugkeert, wordt dit in het declaratieverkeer niet meer aangepast, waardoor de patiënt als ‘nog niet uitbehandeld’ in het systeem blijft staan. Gezien deze twee beperkingen vormen de LiPZ-gegevens in de opbouwfase geen goede indicatie voor de reden waarom de zorg is beëindigd. Daarom zullen hierover in dit rapport geen cijfers gepubliceerd worden. In fase twee wordt een aanvullende vraag in de LiPZ-module opgenomen, waardoor er meer duidelijkheid komt omtrent de reden tot afsluiting en het resultaat van de behandeling.

2.3 Gegevensverzameling

De resultaten die in dit rapport gepresenteerd worden, zijn gebaseerd op gefilterde gegevens uit het declaratieverkeer tussen de deelnemende praktijken en de zorgverzekeraars.³ Deze gefilterde gegevens betreffen alleen ziekenfondsverzekerde patiënten. Paragraaf 2.3 beschrijft voor de opbouwfase van het LiPZ-project de instroom van de gegevens en de methode van de gegevensverzameling. Daarnaast komt de kwaliteitscontrole die is gevoerd aan bod.

2.3.1 *Instroom van gegevens*

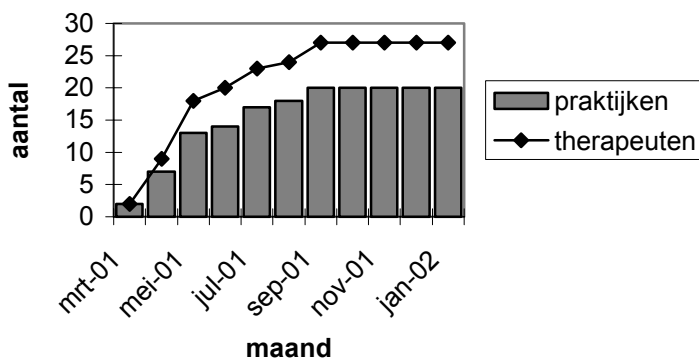
De werving van praktijken voor oefentherapie Cesar is gedaan door middel van steekproeven uit het ledenbestand van de VBC. Aanvullend zijn in vaktijdschriften publicaties verschenen om therapeuten te informeren over het LiPZ-project. Bij de werving van praktijken heeft er een stratificatie plaatsgevonden naar regio en praktijk om op voorhand te waarborgen dat de samenstelling van het LiPZ-netwerk, qua praktijkgrootte en landelijke spreiding, een afspiegeling is van de landelijke groep extramuraal werkende oefentherapeuten.

Praktijken die bereid waren om als LiPZ-station te fungeren, zijn in de opbouwfase van het LiPZ-project gedurende de periode maart 2001 tot januari 2002 ingestroomd in het LiPZ-netwerk. In totaal hebben er in deze periode 30 oefentherapeuten Cesar verspreid over 22 praktijken deelgenomen aan het LiPZ-project. Hiervan voldeden 27 therapeuten verspreid

³ Therapeuten declareren maandelijks hun zittingen elektronisch bij de ziektekostenverzekeraars.

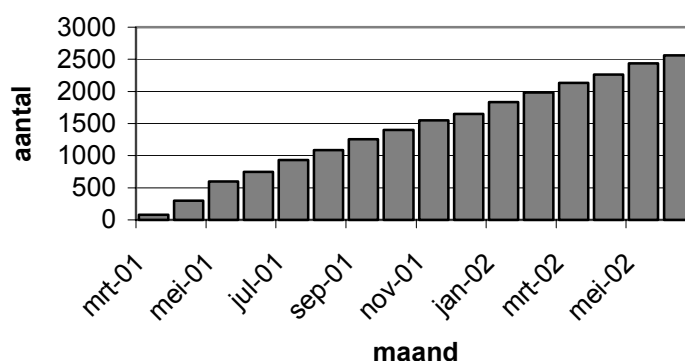
over 20 praktijken aan de gestelde criteria. De gegevens van deze therapeuten zijn in de huidige rapportage gebruikt. In figuur 2.1 staat deze laatste groep per maand afgebeeld. Zichtbaar is dat er in de periode maart 2001 tot en met augustus 2001 een sterke groei van het netwerk heeft plaatsgevonden, daarna is het netwerk constant gebleven. De gemiddelde duur (\pm standaarddeviatie) van de registratieperiode bedraagt 13,4 (\pm 1,9) maanden. Door de geleidelijke instroom van praktijken varieert de duur van de registratieperiode van tien tot 17 maanden.

Figuur 2.1: Het aantal praktijken en therapeuten oefen therapie Cesar die minimaal vier aaneengesloten maanden geregistreerd hebben ten behoeve van het LiPZ-project vanaf maart 2001



De geleidelijke instroom van praktijken heeft gevolgen voor de patiënteninstroom. Op het moment dat er een praktijk instroomt, stromen namelijk alle ziekenfondsverzekerde patiënten in die op dat moment in de betreffende praktijk onder behandeling zijn. Dit geeft een grote stijging van het aantal patiënten in de LiPZ-database, waardoor er geen stabiele instroom van patiënten is. Naarmate de registratieperiode langer duurt en er geen nieuwe praktijken instromen, stabiliseert de instroom van nieuwe patiënten. In figuur 2.2 is het aantal deelnemende patiënten per maand weergegeven. In juni 2002 zijn er door de deelnemende therapeuten uiteindelijk van 2.562 patiënten reguliere oefen therapie Cesar gegevens geregistreerd.

Figuur 2.2: Het aantal patiënten oefentherapie Cesar vanaf maart 2001



2.3.2 Methode van gegevensverzameling

Het LiPZ-project maakt in de opbouwfase gebruik van het declaratieverkeer tussen therapeuten en zorgverzekeraars. De gegevens die in paragraaf 2.2 beschreven staan, zijn namelijk uit de declaratiebestanden gefilterd (VEKTIS-gegevens). Om deze filtering mogelijk te maken, is een speciale softwaremodule vervaardigd en geïmplementeerd bij de LiPZ-praktijken. Deze softwaremodule is zo ontwikkeld dat de benodigde gegevens uit het declaratieverkeer gefilterd worden zonder daarbij privacygevoelige gegevens mee te nemen. De gegevens die op deze manier gefilterd zijn, zijn door de deelnemende praktijken elektronisch of per post aangeleverd bij het NIVEL en aldaar opgenomen in de centrale LiPZ-database.

Enkele gegevens die in paragraaf 2.2 genoemd staan, kunnen niet uit het declaratieverkeer gefilterd worden (niet-VEKTIS-gegevens). Dit zijn de gegevens met betrekking tot de verwijfsdiagnose en de beroepsspecifieke diagnosecode. Deze niet-VEKTIS-gegevens zijn op een apart formulier (het diagnoseformulier) middels keuzemenu's door de deelnemende therapeuten ingevuld en vervolgens aangeleverd. Voor de verwijfsdiagnose is per patiënt de letterlijke tekst van de verwijfsbrief aangeleverd. Deze tekst is door een onderzoeker van het NIVEL gecodeerd naar de ICPC-code (International Classification for Primary Care) (9). Voor de beroepsspecifieke diagnosecode zijn rechtstreeks de codes aangeleverd. Middels handmatige invoer zijn de gegevens in de centrale LiPZ-database ingevoerd.

Door middel van de filtering uit het declaratieverkeer en de aanvullende handmatige registratie heeft er een continue, vrijwel geheel automatische, registratie plaatsgevonden van zorggerelateerde gegevens.

2.3.3 *Kwaliteitscontrole*

De gefilterde LiPZ-gegevens zijn gedurende de registratieperiode twee maal gecontroleerd op onjuistheden. Er heeft een eerste controle van de LiPZ-gegevens plaatsgevonden alvorens deze in de LiPZ-database werden opgenomen. Vervolgens heeft er een tweede controle van deze gegevens in de LiPZ-database plaatsgevonden.

De eerste controle betreft een gestandaardiseerde kwaliteitscontrole met behulp van speciaal ontwikkelde LiPZ-software. Middels deze LiPZ-software is er gecontroleerd op onjuiste of niet ingevulde waarden van variabelen. Deze LiPZ-controle-software maakt na het controleren een accoord-, een fouten- en een log-bestand. Het accoordbestand gaat naar de LiPZ-database. Het foutenbestand bevat alle records met een fout. Aan de hand van het logbestand kan achterhaald worden welke fouten er aanwezig waren. Als er onjuiste waarden aangetroffen werden, vond er feedback plaats naar de betreffende praktijk. De praktijken informeerden de LiPZ-desk schriftelijk dan wel telefonisch over de juiste gegevens, waarna de correcties handmatig plaatsvonden. Alleen de goedgekeurde gegevens zijn 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 is er gecontroleerd op de volledigheid van gegevens, middels het bekijken van de mate van stabiliteit van het aantal zittingen per maand op praktijkniveau. Tenslotte is er, middels feedback aan praktijken, gecontroleerd op de aanwezigheid van onterechte dubbele verwijzingen. Ook wanneer er bij de kwaliteitscontrole van gegevens in de centrale database onjuistheden werden aangetroffen, vond er feedback plaats naar de betreffende praktijk en zijn de onjuistheden vervolgens gecorrigeerd.

2.4 Patiëntenpopulatie LiPZ-project

De filtering van gegevens uit het declaratieverkeer levert een grote hoeveelheid informatie op. Voordat deze informatie geanalyseerd is, is er een aantal keuzes gemaakt met betrekking tot de patiëntenpopulatie waarover in dit rapport gegevens gepresenteerd worden. Deze keuzes worden in paragraaf 2.4 besproken. In paragraaf 2.4.1 worden de beslissingen die zijn genomen met betrekking tot het in- en uitsluiten van patiënten toegelicht. In paragraaf 2.4.2 wordt de definiëring van de behandelingsperiode beschreven. Tenslotte worden in paragraaf 2.4.3 verschillende subonderzoeksgroepen beschreven.

2.4.1 Afbakening van de patiëntenpopulatie

De dataverzameling die in de opbouwfase van het LiPZ-project is ontstaan, bevat de gegevens van alle ziekenfondsverzekerde patiënten die in de registratieperiode door een deelnemende therapeut zijn behandeld. In de analyse, zijn er enkele beslissingen genomen wat betreft de afbakening van de patiëntenpopulatie.

Op de eerste plaats is de **verwijsdatum** van de patiënt als uitgangspunt genomen. Als een patiënt meerdere keren is verwezen naar de therapeut, dan is deze patiënt ook meerdere keren in de analyse meegenomen.

Daarnaast zijn alleen gegevens geanalyseerd van patiënten die door de praktijken schriftelijk op het **diagnoseformulier** zijn aangeleverd (zie paragraaf 2.3.2). In het LiPZ-project komen Vektis-gegevens binnen van patiënten die geen medewerking verleend hebben, van patiënten van therapeuten die geen medewerking verleend hebben en van particulier verzekerde patiënten bij wie ten onrechte gedeclareerd is bij een ziekenfondsverzekering. Deze patiënten worden niet aangegeven op het diagnoseformulier en zijn verwijderd uit het analysebestand.

Tenslotte zijn alleen de gegevens uit praktijken die gedurende een periode van **minimaal vijf maanden** geregistreerd hebben, betrokken bij de analyse. Bij meer dan driekwart van de patiënten heeft de oefentherapeut Cesar binnen vijf maanden de behandelingsperiode afgerond. Het is reëel om ten behoeve van een gedegen registratieperiode de grens bij vijf maanden te leggen. Bij vragen met betrekking tot de omvang van een behandelingsperiode geldt de restrictie dat praktijken minimaal vijf maanden aaneengesloten geregistreerd moeten hebben.

2.4.2 Definiëring van de behandelperiode

Om de duur en omvang (in zittingen) van een behandelperiode te kunnen bepalen, is er informatie nodig over de begin- en einddatum van de behandelperiode. Deze informatie is niet direct te herleiden uit de gefilterde LiPZ-data. Om deze informatie op een indirecte wijze alsnog te kunnen verkrijgen, zijn er criteria opgesteld. Deze staan hieronder weergegeven.

Het eerst genoteerde behandelcontact van de patiënt is gedefinieerd als startdatum van de behandelperiode als **de verwijsdatum van de behandelperiode na de start van de registratieperiode van de praktijk** ligt. Bovendien moet er een **verwijsdiagnose** aanwezig zijn.

Als er een **reden bekend is voor het einde van de paramedische zorg**, wordt het laatst genoteerde behandelcontact van de patiënt gedefinieerd als einddatum van de behandelperiode. Als er geen reden voor het einde van de zorg bekend is, wordt het laatst genoteerde behandelcontact als einddatum gedefinieerd in het geval dat een **patiënt langer dan 30 dagen⁴ geen behandelcontacten** heeft gehad.

In dit rapport wordt onder een **afgeronde behandelperiode** een behandeling verstaan waarbij zowel de begindatum als de einddatum (in)direct te achterhalen zijn én een verwijsdiagnose bekend is. Het moge duidelijk zijn dat het aantal patiënten bij wie de behandelperiode is afgerond, kleiner is dan het totale aantal patiënten in de LiPZ-database. Dit wordt onder meer veroorzaakt doordat een grote groep patiënten in de LiPZ-database bij de start van de registratieperiode van de praktijk reeds in behandeling was. Hierdoor voldoen ze niet aan het eerste criterium.

2.4.3 Verschillende subonderzoeksgroepen

In deze paragraaf wordt allereerst ingegaan op een indeling van patiënten op basis van de start en de beëindiging van een behandelperiode ten opzichte van de start en het einde van de registratieperiode van de praktijk. De mogelijkheid tot deze indeling is een direct gevolg van de registratiemethode. Vervolgens wordt in deze paragraaf ingegaan op een indeling van patiënten naar hun verwijsdatum en naar kenmerken van hun behandelperiode. Deze

⁴ De grens van 30 dagen bij het eindcriterium is gecontroleerd door de veranderingen te bekijken bij verschuivingen naar 42 en 60 dagen. Daarbij bleek de huidige grens optimaal te zijn.

laatste indeling zal gebruikt worden ter beantwoording van alle basisonderzoeksvragen.

Indeling op basis van de registratieperiode van de praktijk

Zoals in paragraaf 2.3.1 beschreven staat, komen er op het moment dat een praktijk start met het LiPZ-project, gegevens binnen van alle ziekenfondsverzekerde patiënten die op dat moment in behandeling zijn. Het betreft zowel patiënten die al langdurig onder behandeling zijn, als patiënten die net met hun behandeling zijn begonnen. Verder geldt bij het einde van de registratieperiode dat de patiëntenpopulatie bestaat uit patiënten die inmiddels zijn uitbehandeld en uit patiënten die dat nog niet zijn. De uiteindelijk verzamelde gegevens hebben dus betrekking op patiënten die reeds voor de start van de registratie in behandeling waren en nog niet zijn uitbehandeld ^(a) of inmiddels wel zijn uitbehandeld ^(b) en uit patiënten die gedurende de registratieperiode zijn begonnen met hun behandeling en nog niet zijn uitbehandeld ^(c) of inmiddels wel zijn uitbehandeld ^(d).

Tabel 2.1 geeft een overzicht van deze vier groepen patiënten behandeld door oefentherapeuten Cesar. Ongeveer 70 procent van de 2.562 reguliere patiënten oefentherapie Cesar is na de start van de registratieperiode met de behandeling begonnen. Van de totale groep is ruim 30 procent op het einde van de registratieperiode nog niet uitbehandeld. De groep van wie de behandelingsperiode tussen het startpunt en het eindpunt van de registratieperiode valt, bestaat uit 1.050 patiënten (41,0%). De groep waarvan de start van de behandelingsperiode voor de registratieperiode ligt en de behandeling nog niet beëindigd is, bestaat uit 91 patiënten (3,6%).

Tabel 2.1: Indeling patiënten oefentherapie Cesar met een reguliere behandeling naar ‘reeds in behandeling’/‘nieuwe patiënten’ en ‘uitbehandeld’/‘niet uitbehandeld’

	Reeds in behandeling		Nieuwe patiënten		Totaal	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Niet uitbehandeld	^a 91	(3,6)	^c 748	(29,2)	839	(32,7)
Uitbehandeld	^b 673	(26,3)	^d 1.050	(41,0)	1.723	(67,3)
Totaal	764	(29,8)	1.798	(70,2)	2.562	(100,0)

Indeling op basis van de verwijfsdatum en kenmerken van de behandel-episode

Ter beantwoording van de basisonderzoeksvragen worden er in de resultatensectie drie groepen patiënten onderscheiden op basis van hun verwijfsdatum en kenmerken van hun behandel-episode. Deze drie groepen zullen hieronder verduidelijkt worden.

1. Verwijfsdatum in 2001

Een indeling op basis van het jaar waarin de verwijfsdatum heeft plaatsgevonden (de verwijfsdatum), maakt het mogelijk om gegevens van verschillende jaren op een eenvoudige wijze met elkaar te vergelijken. In dit rapport wordt over de groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001 gerapporteerd. Deze groep patiënten kan als een dwarsdoorsnede van de patiëntenpopulatie van de oefentherapeut Cesar beschouwd worden. Het aantal patiënten in deze groep bedraagt 1.532.

2. Afgeronde behandel-episodes

Voor het bepalen van de omvang van een behandel-episode (het aantal zittingen en de behandel-duur) zijn de gegevens gebruikt van de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode. Tot deze groep behoren de patiënten van wie zowel de begindatum als de einddatum binnen de registratieperiode van de praktijk vallen (zie groep d in tabel 2.1) én van wie een verwijfsdiagnose bekend is. Het aantal patiënten met een afgeronde behandel-episode is 1.041.

3. Langdurige behandel-episodes

In plaats van een differentiatie naar lijst- en niet-lijstpatiënten -welke voort komt uit het financieringsstelsel-, ging de voorkeur van de Stuurgroep uit naar een differentiatie op inhoudelijke grond. Daarom wordt er in de resultaten gerapporteerd over de groep patiënten met een langdurige behandel-episode. Deze groep van patiënten is de groep die aanspraak doet of heeft gemaakt op langdurige zorg. Onder een langdurige behandel-episode wordt een behandel-episode verstaan die minimaal zes maanden duurt, waarbij geen rekening wordt gehouden met het aantal zittingen dat een patiënt gehad heeft. Door deze groep patiënten te vergelijken met de overige groepen, kunnen eventuele verschillen in bijvoorbeeld patiëntkenmerken zichtbaar gemaakt worden. Het LiPZ-netwerk bevat 486 patiënten met een langdurige behandel-episode.

De drie bovengenoemde groepen sluiten elkaar niet uit. Dit betekent dat het mogelijk is, dat een patiënt in meerdere groepen voorkomt. Eveneens is het mogelijk dat een patiënt tot geen enkele groep behoort.

Om een voorbeeld te geven zijn in figuur 2.3 vijf patiënten ingedeeld naar de verwijfsdatum en de behandelingsperiode (afgerond en/ of langdurig). De registratieperiode van de praktijk in figuur 2.3 loopt van maart 2001 tot en met juni 2002.

Patiënt 1 komt alleen voor in de groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001. Zijn behandelingsperiode is niet afgerond (deze is immers voor de start van de registratieperiode begonnen) en de behandelingsperiode duurt niet langer dan zes maanden.

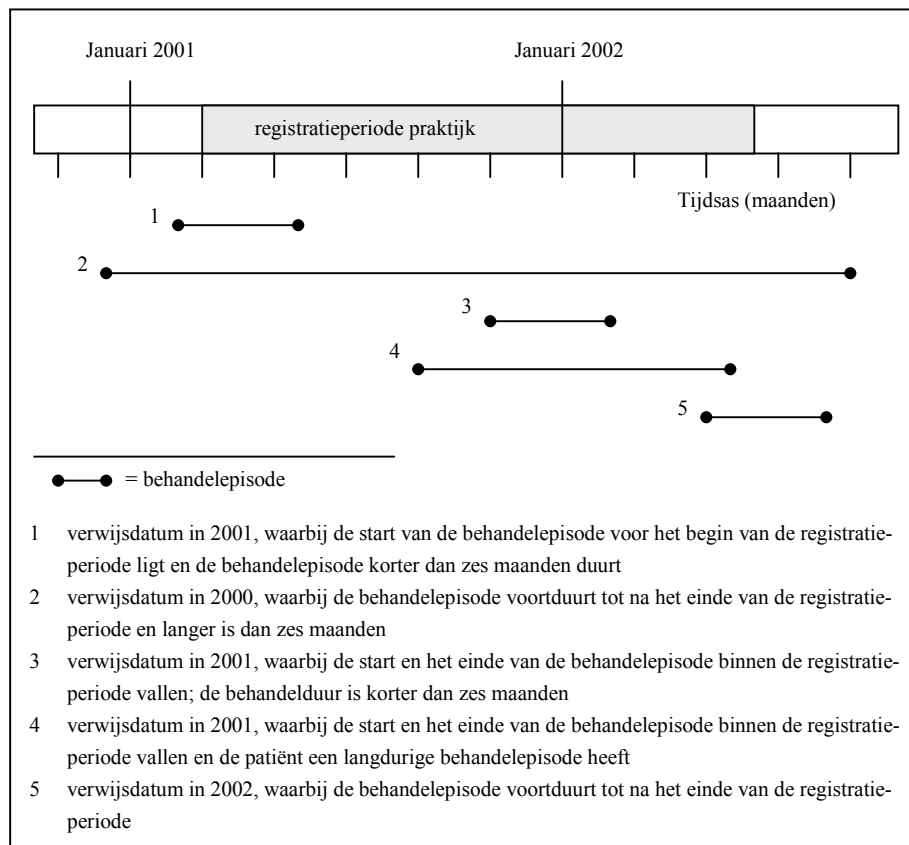
Patiënt 2 behoort alleen tot de groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode. Zijn verwijfsdatum ligt in 2000 en de behandelingsperiode is niet afgerond.

De verwijfsdatum van patiënt 3 ligt in 2001 en na de start van de registratieperiode van de praktijk. Zijn behandelingsperiode is voor het einde van de registratieperiode beëindigd en duurt korter dan zes maanden. Dit houdt in dat deze patiënt aan de groepen afgeronde behandelingsperiode en verwijfsdatum in 2001 toebehoort.

Patiënt 4 lijkt sterk op patiënt 3, met het verschil dat patiënt 4 langer dan zes maanden onder behandeling is. Deze patiënt behoort dus zowel toe aan de groepen afgeronde behandelingsperiode en verwijfsdatum in 2001, als aan de groep langdurige behandelingsperiodes.

Tenslotte behoort patiënt 5 tot geen van de bovengenoemde groepen. Deze patiënt is namelijk in 2002 verwezen en zijn behandelingsperiode is aan het einde van de registratieperiode nog niet beëindigd, bovendien duurt deze niet langer dan zes maanden.

Figuur 2.3: Voorbeelden patiënten ingedeeld naar verwijfsdatum en behandelingsperiode (afgerond en/ of langdurig)



2.5 Representativiteit LiPZ-project

In deze paragraaf wordt een samenvatting gegeven van de representativiteit van het LiPZ-netwerk voor de beroepsgroep oefentherapie Cesar. Voor een uitgebreid overzicht van deze representativiteit wordt verwezen naar bijlage 2.

Voor de beantwoording van de basisonderzoeksvragen is de mate van representativiteit van het netwerk belangrijk. Deze bepaalt namelijk in hoeverre de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar de totale populatie van ziekenfondsverzekerde patiënten die verwezen is naar oefentherapie Cesar. Om de representativiteit van de gegevens op voorhand zoveel mogelijk te waarborgen, heeft er een gestratificeerde steekproef plaatsgevonden. Zoals

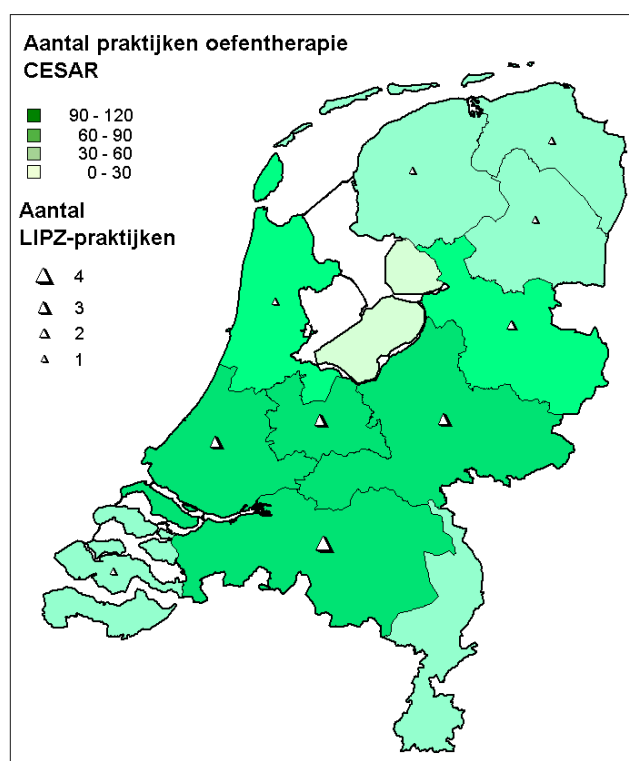
in paragraaf 2.3.1 reeds vermeld staat, zijn de praktijken namelijk zodanig geselecteerd dat wordt gewaarborgd dat de samenstelling van het LiPZ-netwerk, qua praktijkgrootte en landelijke spreiding, een afspiegeling is van de landelijke groep extramuraal werkende oefentherapeuten Cesar.

De representativiteit van het LiPZ-netwerk is op drie niveaus bekeken: op praktijk-, op therapeut- en op patiëntniveau. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen weergegeven.

Praktijkniveau

Gedurende de opbouwfase van het LiPZ-project hebben 20 praktijken voor oefentherapie Cesar gedurende minimaal vier maanden gegevens geregistreerd. De helft van deze praktijken betreft een groepspraktijk. De LiPZ-praktijken liggen goed verspreid over Nederland (zie figuur 2.4).

Figuur 2.4: Spreiding LiPZ-praktijken voor oefentherapie Cesar over Nederland



Bron: NIVEL 2002.

Uit de vergelijking met gegevens uit het ledenbestand van de VBC blijkt dat de verdeling van de LiPZ-praktijken over de regio's noord, oost, zuid en west redelijk overeenkomt met de verdeling van de praktijken uit genoemd ledenbestand (zie tabel 1 in bijlage 2). Ook zijn er slechts kleine verschillen wat betreft stedelijkheid en het aantal therapeuten werkzaam in een praktijk.

Therapeutniveau

In totaal hebben er 27 oefentherapeuten Cesar minimaal vijf maanden geregistreerd voor het LiPZ-project. Van deze 27 therapeuten is 85 procent van het vrouwelijke geslacht. Bijna de helft van deze groep valt binnen de leeftijdscategorie van 36 tot 45 jaar. Ongeveer driekwart van de groep oefentherapeuten is tussen 1980 en 1999 afgestudeerd. Van de deelnemers werkt 85 procent meer dan 16 uur per week.

Verschillen wat betreft leeftijd en jaar van afstuderen zijn slechts klein vergeleken met het ledenbestand van de VBC. Wel is er een verschil wat betreft het aantal uren dat de oefentherapeuten werkzaam zijn in de week. Het percentage oefentherapeuten dat meer dan 16 uur werkt ligt bij de LiPZ-therapeuten aanzienlijk hoger dan bij de therapeuten uit het ledenbestand. Daarnaast bevat het LiPZ-netwerk relatief iets meer mannelijke oefentherapeuten dan het ledenbestand (zie tabel 2 in bijlage 2).

Patiëntniveau

Bij vergelijking van de patiëntkenmerken van LiPZ-patiënten met de kenmerken van patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel (2) en patiënten uit LINH (10) zijn er slechts kleine verschillen gevonden wat betreft de leeftijd van de patiënten (zie tabel 3 en 4 in bijlage 2). Wel worden LiPZ-patiënten relatief vaker door de huisarts verwezen naar de oefentherapie en zijn ze iets vaker van het vrouwelijke geslacht. Uit analyses is gebleken dat noch geslacht, noch verwijzer significant van invloed zijn op het gemiddelde aantal zittingen en de behandelduur. LINH geeft ieder jaar de tien meest voorkomende verwijsdiagnosen van patiënten die verwezen worden naar de oefentherapie. Deze verwijsdiagnosen komen redelijk goed overeen met de verwijsdiagnosen van de LiPZ-patiënten (zie tabel 5 in bijlage 2).

Gezien bovengenoemde resultaten wat betreft de representativiteit op praktijk-, therapeut- en patiëntniveau kan in het algemeen geconcludeerd worden dat de representativiteit van de beroepsgroep oefentherapie Cesar in het LiPZ-netwerk goed is.

2.6 Analyse

Voor het analyseren van de gegevens die in de opbouwfase van het LiPZ-project verzameld zijn, is gebruik gemaakt van het computerprogramma SPSS 10 voor Windows.

De kenmerken van de onderzoekspopulatie zijn met behulp van frequentieverdelingen beschreven aan de hand van de variabelen die in het onderzoek zijn meegenomen. Wat betreft de verwijzer worden er specificaties weergegeven van de meest voorkomende medisch specialisten. Hierbij geldt de restrictie dat de betreffende groep medisch specialisten uit minimaal vijf procent van de totale groep medisch specialisten bestaat. Bij de beschrijving van de verwijsdiagnose worden de tien meest voorkomende diagnoses genoemd. Voor de beroepsspecifieke diagnosecode worden de tien meest voorkomende combinaties tussen de posities betreffende de pathologie en de belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut.

Om zicht te krijgen op het gemiddelde aantal zittingen in de tijd wordt het aantal zittingen uitgesplitst naar de behandelduur. Hierbij worden vier groepen onderscheiden: patiënten met 18 zittingen of minder, patiënten met meer dan 18 zittingen, patiënten met een behandelduur korter dan zes maanden en patiënten met een behandelduur langer dan zes maanden. De scheiding van 18 zittingen komt voort uit het maximum aantal zittingen per indicatie per jaar van een ziekenfondsverzekerde patiënt. De scheiding van zes maanden komt voort uit het onderscheid van patiënten met een langdurige behandel-episode.

Getoetst is of geslacht, leeftijd en verwijzer van invloed zijn op het aantal zittingen per behandel-episode en de behandelduur. Voor verschillen in het gemiddeld aantal zittingen of de gemiddelde behandelduur tussen de verschillende leeftijdscategorieën is de Kruskal-Wallis toets gebruikt. Voor verschillen in geslacht en soort verwijzer is de Mann-Whitney toets gebruikt. Bij alle toetsen is een α van 0,05 gebruikt als significantieniveau.

Tot slot is het gemiddeld aantal zittingen en de gemiddelde behandelduur uitgesplitst voor de tien meest voorkomende verwijsdiagnosen en voor de tien meest voorkomende combinaties tussen de posities van de beroepsspecifieke diagnosecode betreffende de pathologie en de belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling.

3 Resultaten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de opbouwfase van het LiPZ-project aan de hand van de onderzoeksvragen besproken. Per paragraaf wordt één onderzoeksvraag behandeld. Paragraaf 3.2 vormt hierop een uitzondering, hierin worden zowel onderzoeksvraag één als onderzoeksvraag twee besproken.

De resultaten in dit hoofdstuk hebben betrekking op de beroepsgroep oefen-therapie Cesar. De gegevens zijn gefilterd uit het declaratieverkeer en betreffen alleen ziekenfondsverzekerde patiënten met een reguliere behandeling, een groepsbehandeling of een consult uit praktijken die minimaal vier aaneengesloten maanden geregistreerd hebben. Op de meeste basis-onderzoeksvragen wordt met behulp van gegevens van verschillende sub-onderzoeksgroepen uit de totale populatie van patiënten met een reguliere behandeling een antwoord gegeven (zie ook paragraaf 2.4.3). Het betreft de groep patiënten die in 2001 verwezen is, de groep patiënten met een bekende behandelingsperiode en de groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode (langer dan zes maanden).

3.2 Beschrijving kenmerken van patiënten en verwijzing naar oefen-therapie Cesar

Deze paragraaf beschrijft de gegevens die betrekking hebben op de basis-onderzoeksvragen één en twee. Onderzoeksvraag één betreft: ‘Wat zijn de kenmerken van patiënten verwezen naar paramedische zorg?’. Het beschrijven van deze kenmerken is gedaan aan de hand van gegevens over het geslacht en de leeftijd. De tweede vraagstelling is ‘Door welke medici en voor welke klachten/ aandoeningen worden patiënten naar paramedische zorg verwezen?’ Deze vraag wordt aan de hand van een indeling naar het al dan niet voorkomen van een aandoening op de VWS-lijst (de lijst van aandoeningen met een chronische of intermitterende behandeling) en aan de hand van gegevens betreffende de verwijzer en de verwijzingsdiagnose beantwoord.

3.2.1 Patiëntkenmerken en indicatie VWS-lijst

De patiëntkenmerken en gegevens betreffende de VWS-lijst staan weergegeven in tabel 3.1. De groep patiënten die verwezen is in 2001 bestaat voor ongeveer driekwart uit vrouwen. Ongeveer 30 procent is jonger dan 25 jaar en bijna de helft van de groep is tussen de 25 en 45 jaar oud. Slechts 4,7 procent is ouder dan 65 jaar. Van de groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001 is 4,4 procent lijstpatiënt (ofwel 4,4 procent heeft een aandoening die voorkomt op de lijst met chronische of intermitterende therapie). De groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode stemt qua patiëntkenmerken redelijk overeen met de groep die verwezen is in 2001. Het percentage vrouwen en het percentage lijstpatiënten ligt in de groep met een afgeronde behandelingsperiode iets lager. Patiënten met een langdurige behandeling zijn relatief vaker lijstpatiënt dan de patiënten in de overige groepen. Wat betreft geslacht en leeftijd stemmen de groepen goed met elkaar overeen, uitgezonderd van de leeftijdscategorie 0-14 jaar, welke in de groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode hoger ligt.

Tabel 3.1: Patiëntkenmerken van 3 groepen ziekenfondsverzekerde patiënten oefentherapie Cesar

		Verwijsdatum in 2001	Afgeronde behandelingsperiode	Langdurige behandelingsperiode (> 6 maanden)
		% (n=1.532)	% (n=1.041)	% (n=486)
Geslacht	Mannelijk	25,6	27,6	25,5
	Vrouwelijk	74,4	72,4	74,5
Leeftijd	0-14 jr	10,7	8,9	18,9
	15-24 jr	18,5	18,5	15,2
	25-34 jr	26,9	28,2	22,4
	35-44 jr	20,4	20,3	18,9
	45-54 jr	12,4	13,0	11,1
	55-64 jr	6,4	6,3	7,6
	65-74 jr	3,5	3,7	4,3
	>75 jr	1,2	1,0	1,4
Voorkomen op	Lijst patiënten	4,4	2,4	11,1
VWS-lijst	Niet-lijstpatiënten	95,6	97,6	88,9

3.2.2 Verwijzer naar oefentherapeutische zorg

In tabel 3.2 staat weergegeven door wie patiënten worden verwezen naar de oefentherapie Cesar. Daarbij staan specificaties weergegeven van de groep medisch specialisten. Zowel in de groepen patiënten met een verwijzdatum in 2001 en patiënten met een afgeronde behandelingsperiode, als in de groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode wordt ongeveer 90 procent verwezen door de huisarts. Indien patiënten zijn doorverwezen door een medisch specialist, is dat vaak door een neuroloog, orthopeed, revalidatiearts of reumatoloog. Daarnaast is ongeveer de helft van de verwijzingen door medisch specialisten niet nader gespecificeerd.⁵

Tabel 3.2: Soort verwijzer van 3 groepen ziekenfondsverzekerde patiënten oefentherapie Cesar

	Verwijzdatum in 2001	Afgeronde behandelingsperiode	Langdurige behandelingsperiode (> 6 maanden)
	% (n=1.532)	% (n=1.041)	% (n=486)
Huisarts	90,2	89,4	89,7
Medische specialist	9,7	10,6	10,3
Niet nader gespecificeerd	5,2	5,3	4,7
Neurologie	2,1	2,4	2,5
Orthopaedie	0,9	1,3	1,4
Revalidatie	0,7	0,9	0,6
Reumatologie	0,5	0,5	0,6
Overige medische specialisten	0,3	0,2	0,4
Onbekend	0,1	0,0	0,0

3.2.3 Verwijsdiagnose

De tien meest genoemde verwijsdiagnosen (in ICPC-coderingen), zoals die door de verwijzers zijn gesteld, staan weergegeven in tabel 3.3. De meest genoemde verwijsdiagnose bij patiënten met een verwijzdatum in 2001 is 'lage rugpijn zonder uitstraling' (20,0%), deze verwijsdiagnose wordt gevolgd door 'symptomen/ klachten rug' (19,3%). Ook de diagnose 'symptomen/klachten nek' komt vrij frequent voor (9,9%). Ongeveer de helft van de

⁵ Bij de start van de registratie is er alleen onderscheid gemaakt tussen huisarts en medisch specialist, waarbij de medisch specialist niet nader werd gespecificeerd. Later is de specificatie wel aangegeven.

patiënten komt met één van deze drie verwijfsdiagnose bij de oefentherapeut. Ruim driekwart van deze patiënten komt met een verwijfsdiagnose die voorkomt in de top tien. Aangezien de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen van de groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode wat betreft volgorde en percentages overeenstemmen met de top tien van patiënten met een verwijfsdatum in 2001, is alleen de laatst genoemde groep in tabel 3.3 opgenomen. Negen van de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode komen dezelfde verwijfsdiagnosen voor in de top tien van patiënten met een verwijfsdatum in 2001. De diagnose ‘specifiek leerprobleem (inclusief motorische ontwikkelingsstoornis)’ komt alleen voor in de top tien verwijfsdiagnosen van patiënten met een langdurige behandelingsperiode (4,1%). De diagnose ‘symptomen/klachten rug’ komt bij deze patiënten het vaakst voor (19,7%).

Niet altijd wordt er door de verwijfer een diagnose op de verwijfsbrief beschreven. Het komt voor dat er in plaats van een diagnose een vraag om behandeling staat weergegeven (bijvoorbeeld ‘graag behandeling’). Bij patiënten met een verwijfsdatum in 2001 is dit bij 2,4 procent van de patiënten het geval. Bij de patiënten met een afgeronde behandelingsperiode ligt dit percentage op 2,1 en bij de patiënten met een langdurige behandelingsperiode op 2,9.

Tabel 3.3: 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen (in ICPC-coderingen) van 2 groepen ziekenfondsverzekerde patiënten oefentherapie Cesar¹

Verwijsdatum in 2001		Langdurige behandelingsperiode (> 6 maanden)	
	% (n=1.518)		% (n=483)
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	20,0	L02; Symptomen/klachten rug	19,7
L02; Symptomen/klachten rug	19,3	L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	13,3
L01; Symptomen/klachten nek	9,9	L01; Symptomen/klachten nek	7,5
L83; Syndromen cervicale wervelkolom	6,0	L85; Verworven afwijkingen wervelkolom	7,5
R98; Hyperventilatie	5,7	R98; Hyperventilatie	7,5
L85; Verworven afwijkingen wervelkolom	4,7	L83; Syndromen cervicale wervelkolom	7,5
P78; Neurasthenie/ surmenage	3,5	P78; Neurasthenie/ surmenage	4,3
L08; Symptomen/klachten schouder	3,0	P24; Specifiek leerprobleem	4,1
L86; Lage rugpijn met uitstraling	2,6	L08; Symptomen/klachten schouder	2,3
L18; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	2,2	L18; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	1,9
Overig	23,1	Overig	24,6

¹ De verwijfsdiagnose is niet van alle patiënten bekend, waardoor het aantal patiënten lager is dan in voorgaande tabellen.

3.3 Beschrijving beroepsspecifieke diagnosecode

Deze paragraaf beschrijft de gegevens die betrekking hebben op onderzoeksvraag drie: ‘Wat is er bekend over het ‘gezondheidsprobleem’ van de patiënt die verwezen wordt naar paramedische zorg?’. Deze vraag zal aan de hand van gegevens over de beroepsspecifieke diagnosecode van de oefentherapie Cesar beantwoord worden.

De beroepsspecifieke diagnosecode van de oefentherapie Cesar bestaat uit zes posities. De tien meest voorkomende combinaties tussen positie drie (pathologie) en positie vijf (belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut) staan weergegeven in tabel 3.4. Bij ongeveer 60 procent van de patiënten met een verwijfsdatum in 2001 komt hun combinatie voor in deze top tien. De meest voorkomende combinatie bestaat uit ‘orthopedische aandoeningen’ en ‘stand/ houding/ functioneren van de wervelkolom’ (9,8%). Hierop volgen de combinaties ‘degeneratieve aandoeningen’ met ‘stand/ houding/ functioneren van botten/ gewrichten van de bovenste extremiteiten’ (8,6%) en ‘degeneratieve aandoeningen’ met ‘stand/ houding/ functioneren van de wervelkolom’ (7,4%).

De twee meest voorkomende combinaties bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode zijn hetzelfde als de twee meest voorkomende bij patiënten met een verwijfsdatum in 2001. De combinatie tussen 'neurologische aandoeningen' en 'controle willekeurige bewegen' (5,7%) komt alleen voor in de top tien van patiënten met een langdurige behandelingsperiode. In beide onderzoekspopulaties bestaan vrijwel alle combinaties wat betreft de pathologie uit 'orthopedische aandoeningen', 'degeneratieve aandoeningen' of 'symptomatologie'.

Tabel 3.4: 10 meest voorkomende combinaties tussen de posities ‘pathologie’ en ‘belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut’ van de beroepsspecifieke diagnosecode van 2 groepen ziekenfondsverzekerde patiënten oefentherapie Cesar¹

Verwijsdatum in 2001	Langdurige behandelingsperiode (>6 maanden)	
	% (n=1.496)	% (n=471)
Orthopedische aandoeningen - stand/houding/ functioneren wervelkolom	9,8	Orthopedische aandoening - stand/houding/functioneren wervelkolom 12,5
Degeneratieve aandoening - stand/houding botten/gewrichten bovenste extremiteit	8,6	Degeneratieve aandoening - stand/houding botten/gewrichten bovenste extremiteit 9,3
Degeneratieve aandoening - stand/houding/functioneren wervelkolom	7,4	Symptomatologie - overig 7,6
Symptomatologie – adempatroon	6,3	Degeneratieve aandoening -stand/houding/functioneren wervelkolom 6,6
Degeneratieve aandoening - structuur/functioneren rompmusculatuur	5,5	Symptomatologie - adempatroon 6,4
Degeneratieve aandoening - stand/houding lichaam als geheel	5,0	Neurologische aandoening - controle willekeurig bewegen 5,7
Orthopedische aandoening - stand/houding/functioneren botten/gewrichten bovenste extremiteit	4,4	Degeneratieve aandoening - overig 4,2
Symptomatologie - stand/ houding lichaam als geheel	4,3	Orthopedische aandoening -stand/houding/functioneren botten/ gewrichten bovenste extremiteit 3,6
Symptomatologie - overig	4,2	Orthopedische aandoening - stand/houding lichaam als geheel 3,4
Orthopedische aandoening -stand/houding lichaam als geheel	3,9	Degeneratieve aandoening - stand/houding lichaam als geheel 3,4
Overig	40,7	Overig 37,2

¹ De beroepsspecifieke diagnosecode is niet van alle patiënten bekend, waardoor het aantal patiënten lager ligt dan in voorafgaande tabellen.

3.4 Beschrijving behandeling oefentherapeutische zorg

Voor het beschrijven van de behandelingen in de oefentherapeutische zorg is de volgende basisonderzoeksvraag opgesteld: ‘Hoe ziet een paramedisch behandelplan er uit in termen van behandeldoelen, welke verrichting(en) zijn er uitgevoerd en wat is de werkelijke omvang van de behandelingsperiode?’ Voor het beantwoorden van deze vraag zijn gegevens beschikbaar met

betrekking tot het aantal zittingen in een behandelperiode, de behandelduur van de behandelperiode en de prestatiecode. De resultaten op bovengenoemde vraagstelling staan in deze paragraaf beschreven.

3.4.1 Aantal zittingen per afgeronde behandelperiode

Het aantal zittingen per behandelperiode is berekend voor de patiënten oefentherapie Cesar met een afgeronde behandelperiode. In tabel 3.5 staat de verdeling over een aantal categorieën weergegeven. Het grootste deel van de patiënten met een afgeronde behandelperiode heeft 13 tot 18 zittingen gehad (26,9%), daarnaast heeft een groot deel zeven tot negen zittingen gehad (21,2%). Ruim een kwart heeft minder dan zeven zittingen gehad en tien procent heeft meer dan 18 zittingen gehad. Het percentage patiënten met één tot drie zittingen is vrij hoog (9,8%). In het onderzoek naar de beperkende maatregel lag dit percentage lager (2). Uit telefonisch contact met enkele praktijken blijkt de groep patiënten met één tot drie zittingen divers te zijn. Enkele opgegeven redenen voor het lage aantal zittingen zijn: het zonder opgave van redenen stoppen van de patiënt, doorverwijzingen naar een medisch specialist, klachtenvrij zijn of het krijgen van een advies over hulpmiddelen. Daarnaast kan deze groep patiënten bevatten waarvan de behandelingen ten onrechte bij een ziekenfondsverzekering gedeclareerd zijn. Deze verklaringen veroorzaken wellicht deels het hogere percentage patiënten met één tot drie zittingen. Van de groep patiënten met een afgeronde behandelperiode heeft niemand een consult gehad. Het gemiddeld aantal zittingen bedraagt 11,2 ($\pm 6,7$).

Tabel 3.5: Aantal zittingen oefentherapie Cesar bij ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

	% (n=1.041)
Consult	0,0
1-3 zittingen	9,8
4-6 zittingen	16,2
7-9 zittingen	21,2
10-12 zittingen	15,9
13-18 zittingen	26,9
19-24 zittingen	6,4
> 25 zittingen	3,5

Om inzicht te krijgen op het gemiddelde aantal zittingen in de tijd, worden in tabel 3.6 de patiënten met 18 zittingen of minder en de patiënten met meer dan 18 zittingen uitgesplitst naar een behandelduur korter of langer dan zes maanden. Het grootste deel van de patiënten wordt binnen zes maanden behandeld en heeft daarbij minder dan 18 zittingen (83,0%). Het percentage patiënten dat langer dan zes maanden onder behandeling is echter ook aanzienlijk (13,8%). Van deze laatste groep ontvangt ruim de helft minder dan 19 zittingen. Dit betekent dat de zittingen over een langere periode gespreid worden. Het gemiddelde aantal zittingen van de patiënten die langer dan zes maanden onder behandeling zijn, is $20,1 \pm 7,1$. Dit is ruim twee maal zoveel als het gemiddelde van de patiënten die korter dan zes maanden onder behandeling zijn.

Bij het interpreteren van bovenstaande gegevens, dient men zich te realiseren dat een groot deel van de patiënten met een langdurige behandelingsperiode geen afgeronde behandelingsperiode heeft (70,3%). Het betreft bijvoorbeeld patiënten die aan het einde van de registratieperiode nog niet uitbehandeld waren. Met name de patiënten met een zeer lange behandelingsperiode hebben minder kans om aan de gestelde criteria te voldoen. De groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode bevat dan ook een ondervertegenwoordiging van patiënten met een relatief ‘langdurende’ lange behandelingsperiode. Waarschijnlijk zullen het huidige percentage patiënten met een langdurige behandelingsperiode en bijbehorend gemiddeld aantal zittingen onderschattingen zijn.

Tabel 3.6: Het aantal zittingen oefentherapie Cesar uitgesplitst naar de behandelduur, per groep staat het percentage van voorkomen, het gemiddelde aantal zittingen \pm standaarddeviatie weergegeven van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode (n=1.041)

	≤ 6 maanden		> 6 maanden		Totaal	
	(%)	gem. \pm sd.	(%)	gem. \pm sd.	(%)	gem. \pm sd.
≤ 18 zittingen	(83,0)	$9,2 \pm 4,6$	(7,1)	$14,9 \pm 2,9$	(90,1)	$9,7 \pm 4,8$
> 18 zittingen	(3,2)	$23,2 \pm 6,5$	(6,7)	$25,6 \pm 6,0$	(9,9)	$24,8 \pm 6,2$
Totaal	(86,2)	$9,7 \pm 5,4$	(13,8)	$20,1 \pm 7,1$	(100,0)	$11,2 \pm 6,7$

In tabel 3.7 staat het gemiddeld aantal zittingen uitgesplitst naar geslacht, leeftijd en soort verwijzer. Er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden voor deze kenmerken wat betreft het aantal zittingen. Mannen

hebben een gemiddeld aantal zittingen van 10,8 (\pm 6,1), bij vrouwen ligt het gemiddelde op 11,3 (\pm 6,9). Patiënten in de leeftijd van 55 tot 64 jaar hebben gemiddeld de meeste zittingen (12,6 \pm 7,8). Patiënten in de leeftijd van 65 tot 74 jaar en ouder dan 74 jaar hebben gemiddeld het minste aantal zittingen (respectievelijk 9,7 \pm 6,3 en 10,5 \pm 6,4). Patiënten die verwezen zijn door de huisarts worden gemiddeld 11,0 (\pm 6,4) keer behandeld. Bij patiënten die verwezen zijn door een medisch specialist ligt dit gemiddelde iets hoger (12,6 \pm 8,7).

Tabel 3.7: Gemiddeld aantal zittingen oefentherapie Cesar voor patiënten-kenmerken van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

		Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
Afgeronde behandelperiode		11,2	6,7	10,0
Geslacht	Mannelijk	10,8	6,1	10,0
	Vrouwelijk	11,3	6,9	10,0
Leeftijd	0-14 jr	10,9	6,5	11,0
	15-24 jr	11,2	7,2	10,0
	25-34 jr	10,8	6,3	10,0
	35-44 jr	11,4	6,7	10,0
	45-54 jr	11,5	6,2	11,0
	55-64 jr	12,6	7,8	12,0
	65-74 jr	9,7	6,3	8,0
	>75 jr	10,5	6,4	11,0
Verwijzer	Huisarts	11,0	6,4	10,0
	Medische specialist	12,6	8,7	11,0

Het gemiddeld aantal zittingen staat in tabel 3.8 weergegeven voor de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen (zie tabel 3.3). De diagnose ‘neuras-thenie/surmenage’ heeft het hoogste gemiddeld aantal zittingen (13,4 \pm 6,1). Hierop volgt de verwijfsdiagnose ‘syndromen cervicale wervelkolom’ (13,3 \pm 8,1). Het laagste gemiddeld aantal zittingen hebben patiënten met de verwijfsdiagnose ‘lage rugpijn zonder uitstraling’ (10,5 \pm 6,2).

Tabel 3.8: Gemiddeld aantal zittingen oefentherapie Cesar voor de 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
P78; Neurasthenie/ surmenage	13,4	6,1	12,0
L83; Syndromen cervicale wervelkolom	13,3	8,1	12,5
L86; Lage rugpijn met uitstraling	12,4	6,5	12,0
L18; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	12,3	3,3	12,0
L85; Verworven afwijkingen wervelkolom	11,6	7,4	9,5
L02; Symptomen/klachten rug	11,5	6,7	10,0
L08; Symptomen/klachten schouder	11,2	5,5	12,0
R98; Hyperventilatie	11,1	6,6	9,0
L01; Symptomen/klachten nek	10,8	6,3	10,0
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	10,5	6,2	9,0

Evenals voor de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen is ook voor de tien meest voorkomende combinaties tussen de ‘pathologie’ en de ‘belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut’ van de beroepsspecifieke diagnosecode (zie tabel 3.4) het gemiddeld aantal zittingen berekend. Deze gemiddelden staan weergegeven in tabel 3.9. De combinatie tussen ‘orthopedische aandoeningen’ en ‘stand/houding lichaam als geheel’ heeft het hoogste gemiddeld aantal zittingen ($12,8 \pm 5,8$). Deze combinatie wordt gevolgd door ‘orthopedische aandoeningen’ met ‘stand/houding/functioneren botten/gewrichten bovenste extremiteit’ ($12,3 \pm 6,9$). Het laagste gemiddeld aantal zittingen hebben patiënten met de combinatie ‘symptomatologie’ en ‘stand/houding lichaam als geheel’ ($8,8 \pm 4,7$).

Tabel 3.9: Gemiddeld aantal zittingen oefentherapie Cesar voor de 10 meest voor komende combinaties tussen de posities ‘pathologie’ en ‘belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut’ van de beroepsspecifieke diagnosecode van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
Orthopedische aandoening - stand/ houding lichaam als geheel	12,8	5,8	11,0
Orthopedische aandoening - stand/ houding/ functioneren botten/gewrichten bovenste extremiteit	12,3	6,9	11,0
Degeneratieve aandoening - stand/ houding lichaam als geheel	11,9	7,4	12,0
Degeneratieve aandoening - stand/houding botten/gewrichten bovenste extremiteit	11,9	6,4	11,0
Degeneratieve aandoening - stand/ houding/ functioneren wervelkolom	11,8	7,1	11,0
Orthopedische aandoening - stand/ houding/ functioneren wervelkolom	11,5	6,0	11,0
Symptomatologie – adempatroon	11,1	6,8	9,0
Degeneratieve aandoening - structuur/ functioneren rompmusculatuur	10,8	5,1	10,0
Symptomatologie – overig	10,2	6,5	9,0
Symptomatologie - stand/ houding lichaam als geheel	8,8	4,7	8,0

3.4.2 Behandelduur per afgeronde behandelingsperiode

De behandelduur is berekend voor patiënten oefentherapie Cesar met een afgeronde behandelingsperiode. Deze behandelduur is in een aantal categorieën verdeeld (van ‘tot en met één week’ tot ‘langer dan drie maanden’). In tabel 3.10 staan per categorie de percentages weergegeven. Bijna de helft van de patiënten wordt langer dan drie maanden behandeld. Ruim een kwart wordt langer dan zes weken en korter dan 3 maanden behandeld. Bijna vijf procent wordt korter dan 1 week behandeld. De gemiddelde behandelduur is $14,0 \pm 10,3$ weken.

Tabel 3.10: Behandelduur oefentherapie Cesar bij ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

	% (n=1.041)
Tot en met 1 week	4,7
Langer dan 1 week, tot en met 4 weken	11,9
Langer dan 4 weken, tot en met 6 weken	9,2
Langer dan 6 weken, tot en met 3 maanden	28,0
Langer dan 3 maanden	46,2

Patiënten met een langdurige en afgeronde behandelperiode hebben een gemiddelde behandelduur van $33,4 \pm 6,2$ weken. Evenals bij het gemiddeld aantal zittingen is dit een onderschatting van de werkelijke behandelduur. Aangezien een groot deel van de patiënten met een langdurige behandelperiode geen afgeronde behandeling heeft, wordt slechts van een beperkt deel de gemiddelde behandelduur berekend. Met name de patiënten met een zeer lange behandelperiode vallen hier buiten.

In tabel 3.11 staat de behandelduur uitgesplitst voor een aantal patiëntkenmerken. Evenals wat betreft het gemiddeld aantal zittingen, zijn ook voor de gemiddelde behandelduur geen statistisch significante verschillen gevonden binnen geslacht, leeftijd en soort verwijzer. De gemiddelde behandelduur bij mannen bedraagt $13,6 (\pm 10,1)$ weken, bij vrouwen is dat $14,1 (\pm 10,4)$ weken. Patiënten in de leeftijd van 0 tot 14 jaar hebben de langste behandelduur ($16,2 \pm 12,4$ weken). De kortste behandelduur hebben patiënten in de leeftijd van 75 jaar of ouder ($11,2 \pm 8,9$ weken).

Tabel 3.11: Gemiddelde behandelduur van oefentherapie Cesar (in weken) uitgesplitst voor patiëntenkenmerken van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

		Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
Afgeronde behandelperiode		14,0	10,3	12,0
Geslacht	Mannelijk	13,6	10,1	12,0
	Vrouwelijk	14,1	10,4	12,0
Leeftijd	0-14 jr	16,2	12,4	14,0
	15-24 jr	14,1	10,3	11,7
	25-34 jr	13,6	10,0	11,7
	35-44 jr	13,8	9,8	12,0
	45-54 jr	13,7	9,6	11,6
	55-64 jr	15,5	11,2	13,0
	65-74 jr	11,9	11,2	8,6
	>75 jr	11,2	8,9	13,7
Verwijzer	Huisarts	14,0	10,2	12,0
	Medische specialist	14,1	10,9	12,0

In tabel 3.12 staat de gemiddelde behandelduur weergegeven voor de tien meest voorkomende verwijstdiagnosen. De diagnose ‘neurasthenie/surmenage’ heeft gemiddeld de langste behandelduur ($18,5 \pm 10,0$ weken). Deze wordt gevolgd door de diagnose ‘spierpijn (inclusief fibromyalgie)’ ($16,1 \pm 8,1$ weken). De kortste behandelduur hebben patiënten met de verwijstdiagnose ‘lage rugpijn zonder uitstraling’. Met een gemiddelde van $13,0 (\pm 9,8)$ weken worden deze patiënten ongeveer een maand korter behandeld dan patiënten met neurasthenie/surmenage.

Tabel 3.12: De gemiddelde behandelduur oefentherapie Cesar (in weken) voor de 10 meest voorkomende verwijsdiagnosen van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
P78; Neurasthenie/ surmenage	18,5	10,0	18,2
L18; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	16,1	8,1	15,4
L85; Verworven afwijkingen wervelkolom	16,0	12,4	13,7
L83; Syndromen cervicale wervelkolom	15,9	10,8	14,0
L02; Symptomen/ klachten rug	14,3	10,3	12,0
L08; Symptomen/ klachten schouder	14,2	9,1	12,3
R98; Hyperventilatie	14,1	10,5	11,3
L86; Lage rugpijn met uitstraling	14,0	9,9	12,3
L01; Symptomen/ klachten nek	13,6	10,6	10,9
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	13,0	9,8	10,7

Voor de tien meest voorkomende combinaties tussen ‘pathologie’ en ‘belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut’ van de beroepsspecifieke diagnosecode is in tabel 3.13 de gemiddelde behandelduur weergegeven. De combinatie ‘orthopedische aandoeningen’ met ‘stand/ houding lichaam als geheel’ heeft de langste gemiddelde behandelduur ($17,5 \pm 10,7$ weken). Deze combinatie wordt gevolgd door de combinaties ‘orthopedische aandoeningen’ met ‘stand/ houding/ functioneren botten/ gewrichten bovenste extremiteit’ ($15,7 \pm 9,7$ weken). De kortste gemiddelde behandelduur hebben patiënten met de combinatie tussen ‘degeneratieve aandoening’ en ‘structuur/ functioneren romp- en ledematen’ ($12,2 \pm 8,4$ weken).

Tabel 3.13: De gemiddelde behandelduur van oefentherapie Cesar (in weken) voor de 10 meest voorkomende combinaties tussen de posities ‘pathologie’ en ‘belangrijkste stoornissen en/ of beperkingen voor de behandeling door de oefentherapeut’ van de beroepsspecifieke diagnosecode van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
Orthopedische aandoening - stand/houding lichaam als geheel	17,5	10,7	14,7
Orthopedische aandoening - stand/houding/ functioneren botten/gewrichten bovenste extremiteit	15,7	9,7	14,9
Degeneratieve aandoening - stand/ houding/botten bovenste extremiteit	15,0	10,7	13,0
Symptomatologie – overig	14,7	10,5	14,9
Degeneratieve aandoening - stand/houding/functioneren wervelkolom	14,5	10,1	13,0
Orthopedische aandoening - stand/houding/functioneren wervelkolom	14,1	9,9	11,3
Symptomatologie – adempatroon	13,5	10,1	11,0
Symptomatologie - stand/ houding lichaam als geheel	13,1	10,2	13,2
Degeneratieve aandoening - stand/ houding lichaam als geheel	13,1	10,3	10,7
Degeneratieve aandoening - structuur/ functioneren rompmusculatuur	12,2	8,4	9,8

3.4.3 Prestatiecode

Het totaal aantal gedeclareerde zittingen is in tabel 3.14 uitgesplitst naar de behandelvorm (prestatiecode). In de groep patiënten met een verwijzdatum in 2001 wordt 97,7 procent van de zittingen als ‘reguliere zitting bij de oefentherapeut Cesar’ gedeclareerd. Er hebben geen declaraties plaatsgevonden voor groepsbehandelingen en consulten. 2,3 procent van de gegeven behandelingen vindt bij de patiënt thuis plaats. Patiënten met een afgeronde behandelingsperiode worden iets vaker in de praktijk behandeld, terwijl patiënten met een langdurige behandelingsperiode iets vaker bij de patiënt thuis worden behandeld.

Tabel 3.14: Het aantal declaraties van reguliere zittingen (inclusief consulten en groepsbehandelingen) onderverdeeld naar de behandelvorm van drie groepen ziekenfondsverzekerde patiënten oefentherapie Cesar

	Verwijsdatum in 2001	Afgeronde behandelepisode	Langdurige behandelepisode (> 6 maanden)
	% (n=19.696)	% (n=11.777)	% (n=12.642)
Behandeling bij oefentherapeut Cesar	97,7	98,8	97,2
Behandeling oefentherapeut Cesar bij patiënt	2,3	1,1	2,8
Behandeling oefentherapeut Cesar in instelling	0,0	0,0	0,0
Groepsbehandeling oefentherapeut Cesar	0,0	0,1	0,0
Consult oefentherapie Cesar	0,0	0,0	0,0

Referenties

- (1) Hasper HS. Beroepsprofiel oefentherapeut-Cesar. Utrecht: Vereniging Bewegingsleer Cesar, 1994.
- (2) 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.
- (3) Scholten H, Onink A, Pijper F, Heugten van CM, Dekker J, Bosveld W. Pilot Informatievoorziening Paramedische zorg. Zeist/Utrecht: BCD Adviesgroep/NIVEL, 1997.
- (4) Dekker J, Baar van ME. Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (BEEF). Utrecht: NIVEL, 1995.
- (5) Zuiderduin WM, Dekker J. Oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1994.
- (6) Ministerie van Volksgezondheid WeS. <http://www.minvws.nl>. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002.
- (7) VEKTIS-2. Externe Integratie Declaraties Paramedische Hulp. Fysiotherapie, Oefentherapie C/M, Logopedie, Ergotherapie. 1 ed. Zeist: VEKTIS B.V., 2001.
- (8) 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.
- (9) Gebel RS, Lamberts H. ICPC-1 met Nederlandse subtitels. 4 ed. Utrecht: Nederlands Huisarts Genootschap, 2000.
- (10) Verheij R, Jabaaij L, Bakker de D, Abrahamse H, Hoogen van den H, Braspenning J et al. LINH jaar-rapport 2001 cijfers uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg: contacten, verwijzingen en voorschrijven in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2002.

Bijlage 1

Operationalisering variabelen opbouwfase LiPZ-project voor oefentherapie Cesar

Per basisonderzoeksvraag wordt vermeld van welke variabelen in de opbouwfase van 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 stuurgroep 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 01 Alleen aanvullend verzekerd 04 AWBZ en aanvullend verzekerd 10 Particulier 11 Particulier en aanvullend 20 Particulier en AWBZ 30 Particulier, AWBZ en aanvullend 40 AWBZ 50 Ziekenfondswet, AWBZ en aanvullend 60 Ziekenfondswet 70 Ziekenfondswet en AWBZ 80 Ziekenfondswet en aanvullend 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Rubriek 217 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: VERZEKERINGSBASIS
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 006 Eerste indicatie oefentherapie Cesar, niet op lijst 007 Eerste vervolgingindicatie oefentherapie Cesar, 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: ZORGVERLENERSSPECIFICATIE 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:	Paramedische diagnosecode
Omschrijving:	Gecodeerde aanduiding van de diagnose die de paramedicus voor de patiënt opstelt na aanmelding, anamnese, onderzoek en analyse.
Mogelijke waarden:	Conform de paramedische diagnoselijst voor oefen-therapie Cesar.
Vektis-rapport:	Rubriek 415 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: PARAMEDISCHE DIAGNOSECODE
LIPZ:	R Per beroepsgroep de Top 10 Paramedische diagnose-codes

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

Variabele:	Datum behandelcontact
Omschrijving:	Datum waarop het behandelcontact (sessie) heeft plaatsgevonden.
Mogelijke waarden:	EEJMMDD
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 2000 Behandeling ten huize van de oefentherapeut Cesar of op zijn praktijkadres 2001 Behandeling oefentherapie Cesar ten huize van de patiënt 2002 Behandeling oefentherapie Cesar in een instelling waar de patiënt verblijft 2100 Groepsbehandeling oefentherapie Cesar 2200 Consult onderzoek Cesar
Vektis-rapport:	Rubriek 423 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: PRESTATIE-CODE PARAMEDISCHE HULP
LiPZ-rapport:	Behandeling ten huize van de oefentherapeut Cesar of op zijn praktijkadres 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 - behandeldoel 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

Bijlage 2

Representativiteit oefentherapie Cesar LiPZ-netwerk

De representativiteit van het LiPZ-netwerk is voor de beroepsgroep oefentherapie Cesar bekeken op praktijk-, therapeut- en patiëntniveau.

Representativiteit van de deelnemende praktijken oefentherapie Cesar

Op praktijkniveau zijn de kenmerken van de LiPZ-praktijken oefentherapie Cesar (n = 20) vergeleken met Cesarpraktijken uit het ledenbestand van de Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC) met als peildatum 11 januari 2002 (n = 617). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van een aantal kenmerken voor de LiPZ-praktijken en voor de praktijken uit het ledenbestand van de VBC. 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.

Uit tabel 1 komt naar voren dat er ten opzichte van het ledenbestand van de VBC relatief iets meer groepspraktijken zijn binnen het LiPZ-netwerk. De verdeling van het aantal LiPZ-praktijken over de Nederlandse provincies en over de regio's noord, oost, west en zuid komt redelijk overeen met de verdeling uit het ledenbestand van de VBC. Hoewel verschillen niet significant zijn, lijkt de regio west iets ondervertegenwoordigd te zijn, terwijl de regio noord wat oververtegenwoordigd lijkt. Wat betreft de verdeling over de mate van stedelijkheid zijn er relatief iets meer LiPZ-praktijken in de matig stedelijke gebieden en relatief minder in de sterk stedelijke gebieden. Geen van de kenmerken van LiPZ-praktijken wijkt statistisch significant af van de praktijken uit het ledenbestand.

Gezien de slechts kleine verschillen, kan er geconcludeerd worden dat de representativiteit op praktijkniveau goed is.

Tabel 1: Kenmerken van LiPZ-praktijken oefentherapie Cesar versus praktijken uit het ledenbestand van de VBC op 11-01-2002

	Praktijken oefentherapie Cesar			
	LiPZ		VBC	
Aantal therapeuten per praktijk	n = 20	(%)	n = 617	(%)
1	10	(50,0)	401	(65,0)
2	7	(35,0)	144	(23,3)
3	1	(5,0)	52	(8,4)
4	2	(10,0)	20	(3,2)
Aantal praktijken per provincie	n = 20	(%)	n = 616	(%)
Groningen	1	(5,0)	13	(2,1)
Friesland	1	(5,0)	18	(2,9)
Drenthe	1	(5,0)	15	(2,4)
Overijssel	2	(10,0)	47	(7,6)
Flevoland	0	(0,0)	7	(1,1)
Gelderland	3	(15,0)	111	(18,0)
Utrecht	3	(15,0)	84	(13,6)
Noord-Holland	1	(5,0)	49	(8,0)
Zuid-Holland	3	(15,0)	118	(19,2)
Zeeland	1	(5,0)	16	(2,6)
Noord-Brabant	4	(20,0)	112	(18,2)
Limburg	0	(0,0)	26	(4,2)
Aantal praktijken per regio	n = 20	(%)	n = 616	(%)
Noord	3	(15,0)	46	(7,5)
Oost	5	(25,0)	165	(26,8)
West	7	(35,0)	251	(40,7)
Zuid	5	(25,0)	154	(25,0)
Mate van verstedelijking	n = 20	(%)	n = 612	(%)
Zeer sterk stedelijk	2	(10,0)	83	(13,6)
Sterk stedelijk	2	(10,0)	134	(21,9)
Matig stedelijk	7	(35,0)	128	(20,9)
Weinig stedelijk	6	(30,0)	176	(28,8)
Niet stedelijk	3	(15,0)	91	(14,9)

Representativiteit van de deelnemende oefentherapeuten Cesar

De kenmerken van de LiPZ-oefentherapeuten Cesar ($n = 27$) zijn vergeleken met de oefentherapeuten Cesar uit het bestand van de VBC ($n = 933$). In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van een aantal kenmerken van deze twee groepen. Evenals bij de verschillen op praktijkniveau dient ook hier de interpretatie van de verschillen onder voorbehoud te gebeuren. Met de chi-kwadraattoets is bekeken of verschillen statistisch significant zijn.

De verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke LiPZ-therapeuten wijkt licht (niet significant) af van de verhouding in het ledenbestand van de VBC. Het LiPZ-netwerk bevat relatief iets meer mannelijke oefentherapeuten. Wat betreft de leeftijdsverdeling komen LiPZ-therapeuten vrij goed overeen met de therapeuten uit het ledenbestand van de VBC. Het direct patiëntgebonden uren per week (uren die betrekking hebben op de behandeling) ligt bij de LiPZ-therapeuten hoger dan bij de therapeuten uit het ledenbestand van de VBC ($p < 0,01$). Terwijl ongeveer 85 procent van de LiPZ-therapeuten meer dan 16 uur in de week werkt, ligt dat percentage bij de leden van de VBC op iets meer dan 30 procent. De verdeling over het jaar van afstuderen van de LiPZ-therapeuten komt wel goed overeen met de gegevens uit het ledenbestand van de VBC. Ondanks de verschillen tussen het aantal werkzame uren, kan geconcludeerd worden dat de representativiteit ook op therapeutniveau voldoende is.

Tabel 2: Kenmerken LiPZ oefentherapeuten Cesar versus oefentherapeuten Cesar in Nederland

	Therapeuten oefentherapie Cesar			
	LiPZ		VBC	
Geslacht	n = 27	(%)	n = 933	(%)
Man	4	(14,8)	64	(6,9)
Vrouw	23	(85,2)	869	(93,1)
Leeftijdsklasse	n = 27	(%)	n = 932	(%)
Jonger dan 26 jaar	3	(11,1)	81	(8,7)
26-35 jaar	8	(29,6)	333	(35,7)
36-45 jaar	11	(44,4)	360	(38,7)
46-55 jaar	4	(14,8)	127	(13,6)
Ouder dan 55 jaar	0	(0,0)	31	(3,3)
Direct patiëntgebonden uren per week¹	n = 26	(%)	n = 933	(%)
Minder dan 8 uur	0	(0,0)	65	(7,0)
8-16 uur	4	(15,4)	575	(61,6)
meer dan 16 uur	22	(84,6)	293	(31,4)
Jaar van afstuderen	n = 27	(%)	n = 923	(%)
Voor 1970	0	(0,0)	30	(3,3)
1970-1979	5	(18,5)	125	(13,5)
1980-1989	10	(37,0)	363	(39,3)
1990-1999	10	(37,0)	365	(39,5)
2000 of later	2	(7,4)	40	(4,3)

¹ p < 0,01.

Representativiteit van de patiëntenpopulatie uit de LiPZ-praktijken oefentherapie Cesar

In het onderzoek naar de beperkende maatregel (2) zijn door oefentherapeuten Cesar gegevens geregistreerd over hun patiënten en de aan hen ontleende zorg. Het betreft zowel patiënten die ziekenfondsverzekerd zijn, als particulier verzekerde patiënten. De patiëntkenmerken van de ziekenfondsverzekerde patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel (n = 1.010) zijn vergeleken met de patiëntenpopulatie uit de LiPZ-praktijken (exclusief patiënten met een consult) (n = 2.560). In tabel 3 wordt van de patiëntkenmerken van beide groepen een overzicht gegeven. Verschillen zijn op significantie getoetst met de chi-kwadraattoets (geslacht en verwijzer) en de Mann-Whitneytoets (leeftijd).

Van de LiPZ-patiënten is een iets groter deel vrouwelijk dan van de patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel (respectievelijk 73,4% en 69,9%). Verschillen in de leeftijdsverdeling zijn slechts klein. In de LiPZ-populatie ligt het percentage patiënten in de leeftijdsklasse tot 15 jaar iets hoger. Verschillen wat betreft geslacht en leeftijd zijn niet statistisch significant. Wat betreft soort verwijzer zijn de verschillen wat groter. LiPZ-patiënten worden vaker dan patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel verwezen door een huisarts (90,3% ten opzichte van 79,8%; $p < 0,01$). Uit analyses is gebleken dat de verwijzer niet significant van invloed is op het aantal zittingen en de behandelduur per behandelingsaflevering (zie paragraaf 2.6, tabel 3.7 en tabel 3.11). Dit betekent dat het niet nodig is de gegevens te corrigeren voor de verwijzer.

Tabel 3: Kenmerken LiPZ patiënten oefentherapie Cesar versus patiënten ‘beperkende maatregel’ oefentherapie Cesar

	Patiënten oefentherapie Cesar			
	LiPZ		Beperkende maatregel	
Geslacht	n = 2.560	(%)	n = 1.010	(%)
Man	681	(26,6)	303	(30,1)
Vrouw	1.879	(73,4)	704	(69,9)
Leeftijd	n = 2.561	(%)	n = 1.010	(%)
0-14	303	(11,8)	87	(8,7)
15-24	470	(18,4)	194	(19,4)
25-34	668	(26,1)	270	(27,0)
35-44	509	(19,9)	200	(20,0)
45-54	321	(12,5)	130	(13,0)
55-64	164	(6,4)	73	(7,3)
65+	126	(4,9)	45	(4,5)
Verwijzer¹	n = 2.560	(%)	n = 1.010	(%)
Huisarts	2.312	(90,3)	798	(79,8)
Medisch specialist	248	(9,7)	202	(20,2)

¹ $p < 0,01$.

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) verzamelt jaarlijks gegevens omtrent de door Nederlandse huisartsen verleende zorg (10). Hierbij worden onder andere gegevens geregistreerd over verwijzingen door de huisarts. LINH-gegevens met betrekking tot ziekenfondsverzekerde pa-

tiënten die doorverwezen zijn naar een oefentherapeut Cesar (n = 814), zijn wat betreft geslacht, leeftijd en verwijstdiagnose, vergeleken met LiPZ-patiënten die door de huisarts doorverwezen zijn (n = 2.378). In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van het geslacht en de leeftijd van beide groepen patiënten. Verschillen tussen deze twee kenmerken zijn met de chi-kwadraattoets op significantie getoetst.

Het percentage vrouwen in de LiPZ-populatie is hoger dan in de LINH-populatie (respectievelijk 72,9% en 66,8%; $p < 0,01$). De leeftijdsverdeling van de LiPZ-patiënten komt redelijk overeen met die van de LINH-patiënten ($p < 0,05$). De leeftijdscategorie 0 tot 14 jaar heeft het grootste verschil in percentages; 13,7% van de LiPZ-patiënten behoort tot deze categorie ten opzichte van 9,5% van de LINH-patiënten.

Tabel 4: Kenmerken van LiPZ patiënten oefentherapie Cesar versus patiënten oefentherapie Cesar LINH

	Patiënten oefentherapie Cesar			
	LiPZ ¹		LINH	
Geslacht²	n = 2.377	(%)	n = 814	(%)
Man	643	(27,1)	270	(33,2)
Vrouw	1.734	(72,9)	544	(66,8)
Leeftijd³	n = 2.378	(%)	n = 814	(%)
0-14	326	(13,7)	77	(9,5)
15-24	450	(18,9)	152	(18,7)
25-34	609	(25,6)	211	(25,9)
35-44	477	(20,1)	166	(20,4)
45-54	276	(11,6)	111	(13,6)
55-64	134	(5,6)	64	(7,9)
65+	106	(4,5)	33	(4,1)

¹ Alleen de gegevens van patiënten die door de huisarts verwezen zijn, zijn in deze analyse meegenomen.

² $p < 0,01$.

³ $p < 0,05$.

In LINH wordt voor patiënten die verwezen worden naar de oefentherapie Cesar elk jaar een top tien gegeven van de meest voorkomende verwijstdiagnosen, zoals deze gesteld zijn door de huisarts. In tabel 5 wordt een overzicht gegeven van de meest voorkomende verwijstdiagnoses bij de LiPZ-patiëntenpopulatie ten opzichte van de top tien van de meest voorkomende

verwijsdiagnosen naar oefentherapie Cesar bij de LINH-patiëntenpopulatie in 2001.

De drie meest voorkomende verwijsdiagnosen zijn in beide populaties hetzelfde, met slechts kleine verschillen in de percentages. Zes verwijsdiagnosen uit de top tien van de LiPZ-patiënten komen ook voor in de top tien van de LINH-patiënten. Wel zijn er verschillen in de volgorde.

Tabel 5: Top 10 verwijsdiagnosen van LiPZ versus top 10 verwijsdiagnosen van LINH voor oefentherapie Cesar¹

LiPZ	%	LINH	%
Top 10 verwijsdiagnosen	(n=2.298)	Top 10 verwijsdiagnosen	(n=771)
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	21,1	L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	19,1
L02; Symptomen/klachten rug	20,4	L02; Symptomen/klachten rug	16,1
L01; Symptomen/klachten nek ex N01	10,4	L01; Symptomen/klachten nek ex N01	10,9
R98; Hyperventilatie	5,5	L86; Lage rugpijn met uitstraling	5,8
L83; Syndromen cervicale wervelkolom	5,2	L08; Schouder symptomen/klachten	4,3
L85; Verworven afwijkingen wervelkolom	4,9	L18; Spierpijn	4,2
P78; Neurasthenie/ surmenage	3,4	R98; Hyperventilatie	3,2
P24; Specifiek leerprobleem	3,4	L85; Verworven afwijkingen wervelkolom	3,1
L08; Schouder symptomen/klachten	2,5	L29; Andere/ meerdere symptomen/klachten bewegingsapparaat	2,2
N02; Spanningshoofdpijn	2,0	X17; Symptomen/klachten kleine bekken	2,1
Overig	21,1	Overig	29,1

¹ Patiënten zonder verwijsdiagnose zijn uit de analyse gelaten, hierdoor zijn er minder patiënten.

Bij vergelijkingen van LiPZ-gegevens met het onderzoek naar de beperkende maatregel zijn er wat betreft leeftijd en geslacht geen significante verschillen gevonden. Wel worden LiPZ-patiënten relatief vaker door de huisarts verwezen. Geslacht en leeftijd van LiPZ-patiënten wijken statistisch gezien wel licht af van LINH-patiënten. Wat betreft de verwijsdiagnosen zijn slechts kleine verschillen gevonden. Gesteld kan worden dat de representativiteit op patiëntniveau voldoende is.

Conclusie

De spreiding van de LiPZ-praktijken oefentherapie Cesar komt vrij goed overeen met de spreiding van de praktijken uit het ledenbestand van de VBC. Het LiPZ-netwerk bevat echter relatief meer praktijken in de weinig stedelijke en matig stedelijke gebieden en relatief minder praktijken in de sterk stedelijke gebieden. Daarnaast zijn de LiPZ-praktijken relatief vaker groepspraktijken. Geconcludeerd kan worden dat de representativiteit op praktijkniveau goed is.

De LiPZ-therapeuten wijken qua geslacht, leeftijdsverdeling en jaar van afstuderen niet veel af van de leden van de VBC. Wel hebben de LiPZ-therapeuten relatief vaker meer dan 16 direct patiëntgebonden uren in de week. Een mogelijke verklaring voor dit verschil kan zijn, dat therapeuten die slechts een beperkt aantal uren per week werkzaam zijn, afzien van deelname aan het LiPZ-project, omdat ze maar weinig patiënten onder behandeling hebben.

Wat betreft leeftijd wijken de LiPZ-patiënten nauwelijks af van de patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel en slechts licht van patiënten uit het onderzoek van LINH. Ook de verwijfsdiagnosen van LiPZ-patiënten stemmen redelijk overeen met die van LINH-patiënten. Wel worden LiPZ-patiënten relatief vaker door de huisarts verwezen dan patiënten uit de beperkende maatregel en zijn LiPZ-patiënten vaker van het vrouwelijke geslacht dan LINH-patiënten. Uit analyses is echter gebleken dat het geslacht en de verwijzer niet significant van invloed zijn op het aantal zittingen en de behandelduur per behandelingsperiode. Geconcludeerd kan worden dat de representativiteit op patiëntniveau eveneens voldoende is.