

Jaarboek LiPZ 2001

Deel 1: beroepsgroep fysiotherapie

**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 90-6905-584-8

<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 veelevoudigd 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	16
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	35
2.5 Representativiteit LiPZ-project	39
2.6 Analyse	41

3	Resultaten	43
3.1	Inleiding	43
3.2	Beschrijving kenmerken van patiënten en verwijzing naar fysiotherapie	43
3.2.1	Patiëntkenmerken en indicatie VWS-lijst	44
3.2.2	Verwijzer naar fysiotherapeutische zorg	45
3.2.3	Verwijsdiagnose	46
3.3	Beschrijving behandeling fysiotherapeutische zorg	48
3.3.1	Behandeldoelen	48
3.3.2	Aantal zittingen per afgeronde behandelingsperiode	51
3.3.3	Behandelduur per afgeronde behandelingsperiode	55
3.3.4	Prestatiecode	58
	Referenties	61
Bijlage 1:	Operationalisering variabelen opbouwfase LiPZ-project voor fysiotherapie	63
Bijlage 2:	Representativiteit fysiotherapie LiPZ-netwerk	73

Voorwoord

Onderliggend rapport beschrijft de resultaten uit de opbouwfase van het project 'Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg' (LiPZ) voor de beroepsgroep fysiotherapie. Voor de beroepsgroepen oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck wordt verwezen naar 'Deel 2: beroepsgroep oefentherapie Cesar' 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 fysiotherapie gepresenteerd die verzameld zijn tijdens de opbouwfase van het LiPZ-project, de periode april 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 fysiotherapeuten en de zorgverzekeraars. In deze opbouwfase zijn hierdoor alleen gegevens over ziekenfondsverzekerde patiënten verzameld. Behandelingen van particulier verzekerde patiënten worden door de fysiotherapeut namelijk rechtstreeks bij de patiënten gedeclareerd. In de opbouwfase zijn naast de declaratiegegevens enkele gegevens handmatig verzameld. Voor de beroepsgroep fysiotherapie betreft dit gegevens omtrent de diagnose, zoals die door de verwijzer gesteld is en gegevens over de behandeldoelen die de fysiotherapeut vaststelt aan het begin van een behandel-episode.

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 uit het declaratie-

verkeer aanvullende gegevens te verzamelen over het zorgproces. De uiteindelijk set van gegevens die door de LiPZ-module verzameld wordt, is afgestemd op de richtlijn voor verslaglegging van de beroepsgroep fysiotherapie. 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 8.119 ziekenfondsverzekerde patiënten met een reguliere behandeling fysiotherapie zorggerelateerde gegevens verzameld. De gegevens zijn verzameld door 59 fysiotherapeuten die verdeeld over 30 praktijken werkzaam zijn en minimaal vier maanden geregistreerd hebben. De gemiddelde registratieperiode van de deelnemende praktijken bedraagt 11,0 maanden. Omdat LiPZ-praktijken geleidelijk zijn ingestroomd in het netwerk varieert de registratieperiode van vier tot 15 maanden.

Om een indruk te krijgen van de representativiteit van de gegevens is nagegaan of de fysiotherapeuten 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 fysiotherapeuten en hun patiënten. Uit deze analyses bleek dat zowel de kenmerken van de fysiotherapeuten uit het LiPZ-netwerk, als de kenmerken van hun patiënten goed overeenkomen met hetgeen bekend is. Wel bleek dat het LiPZ-netwerk relatief ondervertegenwoordigd is in de stedelijke gebieden. De mate van stedelijkheid blijkt echter niet van invloed te zijn op de resultaten. Het streven is, overeenkomstig het onderzoeksvoorstel, het LiPZ-netwerk uit te breiden naar 40 praktijken. Om de ondervertegenwoordiging van praktijken in de stedelijke gebieden te verminderen, zullen met name in deze gebieden praktijken gewonnen kunnen worden.

In dit rapport worden over drie 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 verwijfsdatum in 2001 (n = 4.884) kan beschouwd worden als een doorsnede van de patiëntenpopulatie van de fysiotherapeut. Patiënten met een langdurige behandelingsperiode (al dan niet aangevangen en/ of afgesloten tijdens de registratieperiode) (n = 759) vormen een subgroep van deze ‘doorsnede’. Deze groep van patiënten is de groep die aanspraak doet of heeft gemaakt op langdurige zorg en kennelijk langdurige of chronische klachten heeft. Klachten die langer duren dan 6 maanden worden over het algemeen als ‘chronisch’ gedefinieerd. Let wel, binnen deze groep 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 een verwijfsdiagnose bekend is (n = 4.280), 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 opbouwfase 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 fysiotherapeut, vrouw is (62,2%). Ruim 90 procent is 25 jaar of ouder en ruim 20 procent is 65 jaar of ouder. Patiënten met een langdurige behandelingsperiode (langer dan zes maanden) zijn gemiddeld ouder en zijn relatief vaker vrouw dan de overige patiënten.

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 (ofwel lijstpatiënten), 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 (89,3%). Bij de groep patiënten met een afgeronde

behandelepisode ligt het percentage niet-lijstpatiënten hoger namelijk 94,1%. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het al eerder genoemde feit dat in de groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode patiënten met een korte behandelingsperiode relatief veel voorkomen.

In de groep patiënten met een langdurige behandeling is het percentage niet-lijstpatiënten aanzienlijk lager, namelijk 59,6%. Toch is dit percentage opvallend hoog te noemen. Kennelijk worden in de huidige fysiotherapeutische praktijk ook niet-lijstpatiënten langdurig (langer dan 6 maanden) behandeld. Dit zou betekenen dat het onderscheid tussen lijst- en niet-lijstpatiënten niet samenvalt met het onderscheid tussen langdurige en niet-langdurige klachten.

Verwijzing

Over het algemeen worden patiënten door een huisarts verwezen naar de fysiotherapie (91,1%). Als er sprake is van een verwijzing door een medisch specialist is dat vaak een orthopeed of chirurg. Patiënten met een langdurige behandeling worden vaker verwezen door een medisch specialist (17,8%) dan de groep patiënten die verwezen is in 2001, voor wie dit percentage 8,7% bedraagt. Dit verschil kan verklaard worden uit het gegeven dat één van de criteria om aanspraak te kunnen maken op langdurige of intermitterende therapie is, dat de verwijzing door een specialist is gedaan. De meest voorkomende specialismen die patiënten met een langdurige behandeling verwijzen, zijn orthopeden, chirurgen, neurologen en reumatologen.

Bij de verwijzing van een patiënt naar de fysiotherapeut motiveert de verwijzer de reden voor de verwijzing op het verwijsformulier. Deze reden wordt ook wel de verwijsdiagnose genoemd. De letterlijke teksten van deze verwijsdiagnosen zijn in dit project gecodeerd door een onderzoeker op het NIVEL, waardoor valide informatie is verkregen over de reden van verwijzingen naar fysiotherapie. In alle onderscheiden groepen komen de verwijsdiagnosen 'lage rugpijn zonder uitstraling' en 'symptomen/klachten nek' het meest voor. De verwijsdiagnosen hebben bij patiënten die verwezen zijn in 2001 over het algemeen betrekking op het bewegingsapparaat, met name op de lumbale en cervicale wervelkolom, respectievelijk 25,1% en 17,9%. Ook schouderklachten komen redelijk frequent voor (4,6%). Patiënten met een afgeronde behandelingsperiode wijken wat betreft de volgorde en frequenties van de top tien van verwijsdiagnosen nauwelijks af van de patiënten die in 2001 verwezen zijn.

De top tien van verwijsdiagnosen laat bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode een iets ander beeld zien. Hoewel de twee meest voor-

komende verwijfsdiagnosen van deze groep patiënten overeenstemmen met de twee meest voorkomende verwijfsdiagnosen van patiënten met een verwijfsdatum in 2001, komen ze relatief minder vaak voor. Vijf diagnosen uit de top tien van verwijfsdiagnosen bij patiënten met een langdurige behandel-episode komen niet voor in de top tien van patiënten met een verwijfsdatum in 2001. Dit zijn de diagnosen ‘reumatoïde artritis’ (5,5%), ‘cerebrovasculair accident’ (4,8%), ‘spierpijn (inclusief fibromyalgie)’ (3,1%), ‘artrose/ spondylose wervelkolom’ (3,1%) en ‘andere fracturen’ (2,5%). Opvallend is ook dat slechts twee specifieke verwijfsdiagnosen uit de top tien van deze groep patiënten voorkomen op de VWS-lijst voor langdurige of intermitterende behandeling (te weten: de verwijfsdiagnosen ‘reumatoïde artritis’ en ‘cardiovasculair accident’).

Behandeling

Fysiotherapeuten stellen aan het begin van een behandeling behandeldoelen vast. In het LiPZ-project kunnen fysiotherapeuten zowel op activiteiten- als op lichaamsfunctieniveau één hoofddoel aangeven.

Over het algemeen stellen de fysiotherapeuten zowel op activiteiten- als op lichaamsfunctieniveau per patiënt een hoofdbehandeldoel vast. In een enkel geval wordt slechts op één van beide niveaus een hoofddoel vastgesteld. Op activiteitsniveau komt het doel ‘handelingen voortbewegen (lopen)’ het meest frequent voor (20,4%), gevolgd door het doel ‘houding’ (20,1%). Op lichaamsfunctieniveau zijn de doelen ‘mobiliteitsfuncties’ en ‘spierfuncties’ het meest frequent ingevuld (respectievelijk 35,2% en 26,1%). De meest voorkomende combinatie tussen hoofdbehandeldoelen op activiteiten- en lichaamsfunctieniveau bestaat uit ‘handelingen voortbewegen (lopen)’ en ‘mobiliteitsfuncties’ (8,5%). De afgelopen tien jaar werd aangegeven dat fysiotherapeuten hun behandeldoelen met name op lichaamsfunctieniveau stellen (1;2). Gezien de bovenstaande resultaten lijkt er een verschuiving te hebben plaatsgevonden naar een combinatie van activiteiten- en lichaamsfunctieniveau.

Het gemiddeld aantal zittingen voor patiënten met een afgeronde behandel-episode bedraagt 10,9 (\pm 7,7). Ruim een kwart van deze patiënten heeft zeven tot negen zittingen gehad. Eveneens is een groot deel 13 tot 18 keer behandeld (22,3%). Behandel-episodes met negen en 18 zittingen komen het meest frequent voor. Van de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode heeft 0,3% een consult gehad. Dit percentage lijkt aan de lage kant. 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 fysiotherapeuten. 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 nauwelijks voorkomen van consulten in de fysiotherapiepraktijk.

Opmerkelijk is dat bij ongeveer tien procent van de patiënten met een afgeronde behandelingsperiode (exclusief patiënten met een consult) de behandelingsperiode bestaat uit één tot drie zittingen. In het evaluatieonderzoek naar de beperkende maatregel was dit percentage veel lager, namelijk 5,5% (1). Navraag bij LiPZ-praktijken leerde dat redenen voor deze relatief korte behandelingsperiodes kunnen zijn dat patiënten soms zonder opgave 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 behandelingsperiode (1-3 zittingen) niet zijn ingestuurd omdat naar de mening van de fysiotherapeut er geen sprake is geweest van een duidelijk afgebakende behandelingsperiode. Een andere oorzaak voor het hogere percentage patiënten met een korte behandelingsperiode kan zijn dat fysiotherapeuten in de VEKTIS-standaard nog niet de mogelijkheid hadden om een consult te declareren. In dat geval declareerden de fysiotherapeuten een 'consult' wellicht als één of twee reguliere zittingen. Binnen het LiPZ-netwerk wordt inmiddels de reden van beëindiging van de behandelingsperiode op valide wijze geregistreerd middels een specifieke vraag daarover in de LiPZ-module. In het volgende jaarboek zal hierover worden gerapporteerd.

Bij ongeveer 90 procent van de patiënten met een afgeronde behandelingsperiode wordt de behandelingsperiode binnen zes maanden afgesloten met maximaal 18 zittingen. Bij 8,8% van de groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode bestaat de behandelingsperiode uit meer dan 18 zittingen. Van ongeveer driekwart van de patiënten met meer dan 18 zittingen is de behandelingsperiode binnen zes maanden afgerond.

Bij de interpretatie van genoemde gegevens dient er rekening mee gehouden te worden dat bij ruim 85 procent van de patiënten met een langdurige behandelingsperiode de behandelingsperiode niet is afgerond. Zoals eerder gezegd heeft dit te maken met de relatief korte periode van registreren. De groep

patiënten met een afgeronde behandel­episode bevat daarom een onder­vertegenwoordiging van de patiënten met een langdurige behandel­episode. In de volgende rapportage over de LiPZ-gegevens zullen we hierop terug­komen.

Uit de LiPZ-gegevens blijkt dat vrouwen iets vaker behandeld worden dan mannen en dat het gemiddeld aantal zittingen toeneemt met de leeftijd. Kinderen tot 14 jaar hebben gemiddeld 6,7 zittingen per behandel­episode, dit in tegenstelling tot ouderen (75 jaar of ouder), die gemiddeld 13,9 zittingen per behandel­episode hebben. Patiënten die verwezen zijn door een medisch specialist worden ongeveer anderhalf keer zo vaak behandeld dan patiënten die door de huisarts zijn verwezen.

De verschillen in het gemiddeld aantal zittingen voor de tien meest voor­komende verwijsdiagnosen zijn gering. Binnen deze top tien loopt het aantal zittingen uiteen van 10,0 tot 12,3. Kennelijk heeft de verwijsdiagnose binnen de top tien weinig ‘voorspellende’ waarde voor de omvang van de behandel­ing. Gezien bovenstaande resultaten lijkt de leeftijd van de patiënt een gro­tere ‘voorspellende’ waarde te hebben dan de top tien van verwijsdiagnosen. Ook voor de combinaties tussen behandel­doelen op activiteiten- en lichaamsfunctieniveau geldt voor de tien meest voorkomende combinaties dat verschillen in het gemiddeld aantal zittingen gering zijn; het gemiddelde aantal zittingen varieert van 9,2 tot 12,8. De beroepsgroep fysiotherapie werkt aan de ontwikkeling van een fysiotherapeutische diagnosecodering waarin verschillende elementen die de prognose en omvang van de fysio­therapeutische behandeling bepalen worden vastgelegd. Mogelijk zal deze fysiotherapeutische diagnosecodering het mogelijk maken te differentiëren tussen categorieën van patiënten die relevant zijn voor de fysiotherapie.

Patiënten met een afgeronde behandel­episode hebben een gemiddelde be­handelduur per behandel­episode van 8,1 (\pm 6,8) weken. Eenderde van de patiënten wordt langer dan zes weken, maar korter dan drie maanden be­handeld. De behandelduur van patiënten met een langdurige behandeling ligt –uiteraard- aanzienlijk hoger (34,3 \pm 8,1 weken). Evenals bij het gemiddeld aantal zittingen is ook dit waarschijnlijk een onderschatting van de gemid­delde behandelduur. Gemiddeld worden vrouwen een week langer behandeld dan mannen en naarmate de leeftijd toeneemt, neemt tevens de behandelduur toe. Daarnaast worden patiënten die door een medisch specialist zijn door­verwezen significant langer behandeld dan patiënten die door de huisarts zijn doorverwezen.

Over het algemeen worden de behandelingen van patiënten die verwezen zijn in 2001 gedeclareerd als ‘reguliere zitting fysiotherapie zonder toeslag’ (83,9%). 12 procent wordt gedeclareerd als ‘zitting fysiotherapie met toeslag voor uitbehandeling’ en nog eens vier procent wordt gedeclareerd als ‘zitting fysiotherapie in een instelling’. Het is aannemelijk dat het totaal aantal behandelcontacten in een instelling hoger ligt dan vier procent. Een fysiotherapeut mag namelijk bij het achtereenvolgens behandelen van meerdere patiënten in één instelling, slechts bij één patiënt een toeslag rekenen. Het aantal declaraties voor groepsbehandelingen is in verhouding tot het totale aantal declaraties gering. 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 fysiotherapie. De resultaten van de opbouwfase van de beroepsgroepen oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck staan respectievelijk in ‘Deel 2: beroepsgroep oefentherapie Cesar’ 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 voor onderzoek 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 gege-

vens van hoge kwaliteit op continue basis aangeleverd worden. Daarnaast kan de infrastructuur 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 drieledig 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.

Onderliggend 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 definitie 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 elektronische 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 de beroepsgroep fysiotherapie gegevens over de verwijfsdiagnose en gegevens met betrekking tot de behandeldoelen.

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 fysiotherapie 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 omtrent 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-lijstpatiënten).

De diagnosegerelateerde vraagstelling (vraag 3) wordt in de opbouwfase niet beantwoord omdat de beroepsspecifieke paramedische diagnosecode voor de fysiotherapie nog niet volledig ontwikkeld is.

Ter vervanging van de paramedische diagnosecode zijn voor de vierde vraag, welke ingaat op een aantal kenmerken van de behandeling, gegevens over de behandeldoelen verzameld.² Per patiënt was er de mogelijkheid om op activiteitsniveau en op lichaamsfunctieniveau één hoofddoel en/ of één subdoel aan te geven. Naast gegevens omtrent de behandeldoelen zijn voor de vierde vraag gegevens over het aantal zittingen per behandelingsperiode³, 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. Daarnaast zijn er voor de fysiotherapie aanvullend codes voor manuele therapie, kindersfysiotherapie en oedeemtherapie. Zowel bij de reguliere zittingen als bij de manuele therapie, kindersfysiotherapie en oedeemtherapie 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 (10,9% van de patiënten met een afgeronde behandelingsperiode). Daarnaast is het mogelijk dat een fysiotherapeut 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 ziekenfondsverzekerden per jaar per indicatie negen zittingen voor fysiotherapie bevat. Bij eenderde van de zorgverzekeraars kan via de aanvullende verzekering een uitbreiding van deze negen zittingen plaatsvinden. Patiënten met een aandoening die voorkomt op de VWS-lijst kunnen aanspraak maken op meer dan negen zittingen (8).

² De behandeldoelen zijn gebaseerd op de Internationale Classificatie van het menselijk functioneren (ICF, 2001) (9).

³ Onder een behandelingsperiode worden alle contacten die onder dezelfde verwijfsdiagnose en verwijfsdatum vallen, verstaan.

als de machtiging voor de eerste negen behandelingen (of aanvullende negen 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.⁴ 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 uitgevoerd aan bod.

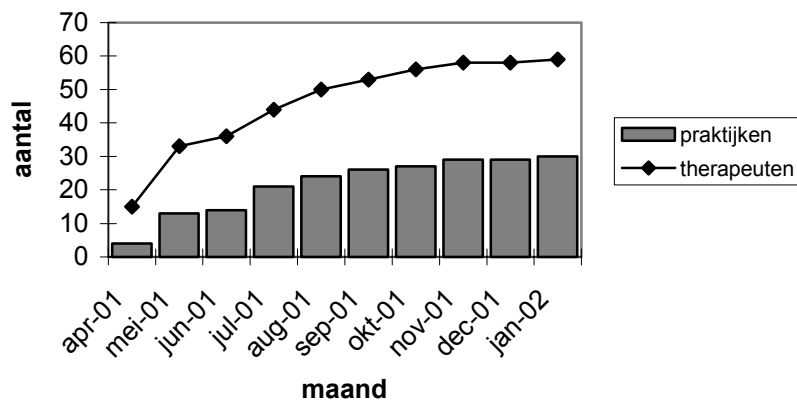
2.3.1 *Instroom van gegevens*

De werving van fysiotherapiepraktijken is gedaan door middel van steekproeven uit het ‘NIVEL registratie bestand’. 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 fysiotherapeuten. Daarnaast zijn fysiotherapeuten met een specifieke deskundigheid en/of met een verbijzondering, die meer dan vijftig procent van hun verrichtingen uitvoeren bij patiënten bij wie deze verbijzondering van toepassing is, uitgesloten van het LiPZ-netwerk. Voorbeelden van verbijzonderingen zijn kinderfysiotherapie, manuele therapie en sportfysiotherapie.

⁴ Therapeuten declareren maandelijks hun zittingen elektronisch bij de ziektekostenverzekeraars.

Praktijken die bereid waren om als LiPZ-praktijk te fungeren, zijn in de opbouwfase van het LiPZ-project gedurende de periode april 2001 tot januari 2002 ingestroomd in het LiPZ-netwerk. In totaal hebben er in deze periode 74 fysiotherapeuten verspreid over 33 fysiotherapiepraktijken deelgenomen aan het LiPZ-project. Hiervan voldeden 59 therapeuten verspreid over 30 praktijken aan de gestelde criteria. De gegevens van deze 59 therapeuten zijn in de huidige rapportage gebruikt. In figuur 2.1 staat deze laatste groep per maand afgebeeld. Zichtbaar is dat er met name in de periode april 2001 tot en met juli 2001 een sterke groei van het netwerk heeft plaatsgevonden. De gemiddelde duur (\pm standaarddeviatie) van de registratieperiode bedraagt 11,0 (\pm 3,2) maanden. Door de geleidelijke instroom van praktijken varieert de duur van de registratieperiode van vier tot 15 maanden.

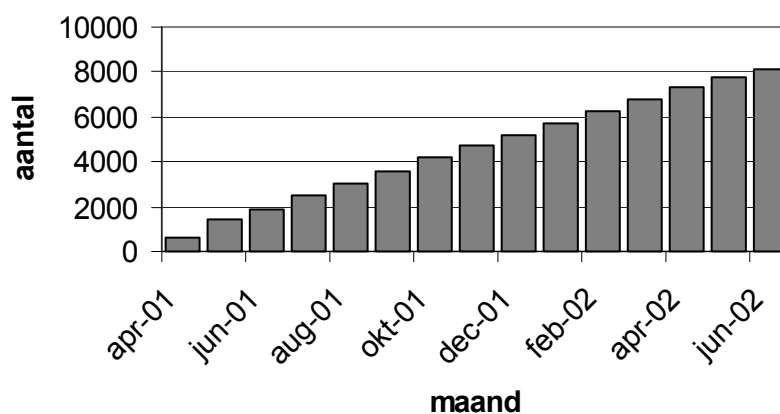
Figuur 2.1: Het aantal fysiotherapiepraktijken en fysiotherapeuten die minimaal vier maanden geregistreerd hebben ten behoeve van het LiPZ-project vanaf april 2001



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, zal de instroom van nieuwe patiënten stabiliseren. In figuur 2.2 is het aantal deelnemende patiënten per maand weergegeven. In

juni 2002 zijn er door de deelnemende therapeuten uiteindelijk van 8.119 patiënten reguliere fysiotherapie gegevens geregistreerd. Daarnaast zijn er van 508 patiënten met manuele therapie, oedeemtherapie of kindersfiotherapie gegevens geregistreerd.

Figuur 2.2: Het aantal patiënten fysiotherapie met een reguliere behandeling vanaf april 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-stations. 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 behandeldoelen. Deze niet-VEKTIS-gegevens zijn op een apart formulier (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) (10). Voor de behandeldoelen 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 log-bestand 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. Een uitzondering hierop vormen patiënten uit drie fysiotherapiepraktijken met een relatief korte registratieperiode (vier tot zes maanden) die geen enkel diagnoseformulier hebben aangeleverd, deze gegevens worden wel meegenomen in de analyse.

Bovendien zijn alleen gegevens van patiënten van wie de behandeling een **reguliere behandeling**, een **groepsbehandeling** of een **consult** betreft, geanalyseerd. De gegevens van de specialisaties kinderfysiotherapie, manuele therapie en oedeemtherapie worden in de opbouwfase slechts in beperkte

mate (5,9% van de totale groep) verzameld⁵ en zijn daarom niet representatief. Als patiënten binnen één behandelperiode zowel reguliere behandelingen als één van de gespecialiseerde behandelingen krijgen, zijn gegevens van deze patiënten alleen beschreven in de resultaten betreffende patiëntkenmerken, verwijzing en behandeldoelen. Voor het bepalen van de omvang van een behandelperiode zijn gegevens van deze patiënten niet geanalyseerd. Tenslotte zijn alleen de gegevens uit praktijken die gedurende een periode van **minimaal vier maanden** geregistreerd hebben, betrokken bij de analyse. Over het algemeen worden reguliere behandelperiodes binnen vier maanden afgerond. Het is daarom reëel om ten behoeve van een gedegen registratieperiode de grens bij vier maanden te leggen. Bij vragen met betrekking tot de omvang van een behandelperiode geldt de restrictie dat praktijken vier 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 genoteerd in het geval dat een **patiënt langer dan 30 dagen⁶ 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

⁵ Praktijken die in meer dan vijftig procent van hun verrichtingen een specifieke deskundigheid toepassen, zijn uitgesloten van het LiPZ-netwerk (zie paragraaf 2.3.1).

⁶ De grens van 30 dagen bij het eindcriterium is gecontroleerd door veranderingen te bekijken bij verschuivingen naar 42 en 60 dagen. Daarbij bleek de huidige grens optimaal te zijn.

aantal patiënten bij wie de behandelingsperiode 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 behandelingsperiode 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 verwijfsdatum en naar kenmerken van hun behandelingsperiode. Deze 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, waarbij alleen de patiënten zijn weergegeven die een reguliere behandeling hebben gehad of een consult (dus geen manuele therapie, kindersfysiotherapie of oedeemtherapie). Bijna 80 procent van de 8.119 reguliere patiënten fysiotherapie is na de start van de registratieperiode met de behandeling begonnen. Van de totale groep is ruim een kwart 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 4.560 patiënten

(56,2%). De groep waarvan de start van de behandelingsperiode voor de registratieperiode ligt en de behandeling nog niet beëindigd is, bestaat uit 397 patiënten (4,9%). Naarmate de registratie langer voortduurt, zullen de verhoudingen tussen deze groepen verschuiven. Zo zal met name de groep ‘nieuwe patiënten’ groter worden, de groep ‘reeds in behandeling’ daarentegen zal relatief gezien afnemen.

Tabel 2.1: Indeling patiënten met een reguliere behandeling fysiotherapie (dus geen manuele therapie, kinderfysiotherapie of oedeemtherapie) naar ‘reeds in behandeling’/ ‘nieuwe patiënten’ en ‘uitbehandeld’/ ‘niet uitbehandeld’

	Reeds in behandeling		Nieuwe patiënten		Totaal	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Niet uitbehandeld	^a 397	(4,9)	^c 1.820	(22,4)	2.217	(27,3)
Uitbehandeld	^b 1.342	(16,5)	^d 4.560	(56,2)	5.902	(72,7)
Totaal	1.739	(21,3)	6.380	(78,6)	8.119	(100,0)

Indeling op basis van de verwijfsdatum en kenmerken van de behandelingsperiode

Ter beantwoording van de basisonderzoeksvragen worden er in de resultatensectie drie groepen patiënten onderscheiden op basis van hun verwijfsdatum en kenmerken van hun behandelingsperiode. 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 fysiotherapeut beschouwd worden. Het aantal patiënten in deze groep bedraagt 4.884.

2. Afgeronde behandelingsperiodes

Voor het bepalen van de omvang van een behandelingsperiode (het aantal zittingen en de behandelingsduur) zijn de gegevens gebruikt van de groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode. 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 verwijstdiagnose bekend is. Het aantal patiënten met een afgeronde behandel-episode is 4.280.

3. Langdurige behandel-episoden

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 en kennelijk langdurige of chronische klachten heeft. Klachten die langer duren dan zes maanden worden over het algemeen als 'chronisch' gedefinieerd, vandaar dat onder een langdurige behandel-episode een behandel-episode wordt verstaan die minimaal zes maanden duurt. Hierbij wordt dus geen rekening gehouden met het aantal zittingen dat een patiënt gehad heeft. Door de groep patiënten met een langdurige behandel-episode te vergelijken met de overige groepen, kunnen eventuele verschillen in bijvoorbeeld patiëntkenmerken zichtbaar gemaakt worden. Het LiPZ-netwerk bevat 759 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 verwijstdatum en de behandel-episode (afgerond en/ of langdurig). De registratieperiode van de praktijk in figuur 2.3 loopt van april 2001 tot en met juni 2002.

Patiënt 1 komt alleen voor in de groep patiënten met een verwijstdatum in 2001. Zijn behandel-episode is niet afgerond (deze is immers voor de start van de registratieperiode begonnen) en de behandel-episode duurt korter dan zes maanden.

Patiënt 2 behoort alleen tot de groep patiënten met een langdurige behandel-episode. Zijn verwijstdatum ligt in 2000 en de behandel-episode is aan het einde van de registratieperiode nog niet afgerond.

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

2.5 Representativiteit LiPZ-project

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

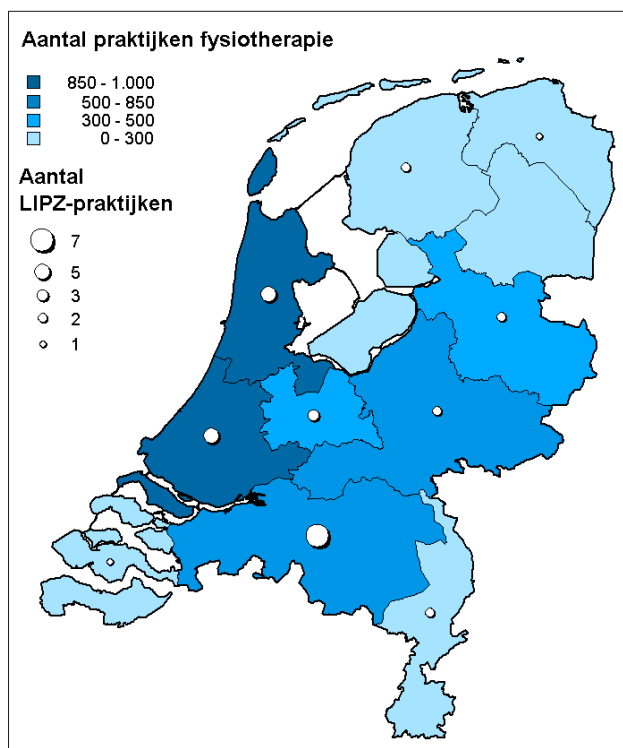
Voor de beantwoording van de basisonderzoeksvragen is de mate van representativiteit van het netwerk belangrijk. Deze bepaalt namelijk in hoeverre de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar de totale populatie van ziekenfondsverzekerde patiënten die verwezen is naar de fysiotherapie. Om de representativiteit 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 fysiotherapeuten.

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 30 fysiotherapiepraktijken gedurende minimaal vier maanden gegevens geregistreerd. Ruim 65 procent van deze praktijken betreft een groepspraktijk. De LiPZ-praktijken vertegenwoordigen alle landsdelen en zijn in tien van de 12 provincies aanwezig (zie figuur 2.4).

Figuur 2.4: Spreiding LiPZ-praktijken voor fysiotherapie over Nederland



Bron: NIVEL 2002.

De LiPZ-praktijken zijn vergeleken met de fysiotherapiepraktijken uit de 'peiling fysiotherapie eerste lijn 2001'. De verdeling van het aantal therapeuten werkzaam in de LiPZ-praktijken komt vrij goed overeen met de landelijke verdeling. Bij een indeling van praktijken naar de regio's noord, oost, zuid en west volgt de LiPZ-verdeling de landelijke verdeling. Uit de vergelijking met de 'peiling fysiotherapie eerste lijn 2001' blijkt dat er relatief minder praktijken zijn in de meer stedelijke gebieden (zie tabel 1 in bijlage 2). Uit analyses is gebleken dat de stedelijkheid niet van invloed is op het aantal zittingen en de behandelduur bij de totale populatie en bij subpopulaties.

Therapeutniveau

In totaal hebben er 59 fysiotherapeuten minimaal vier maanden geregistreerd voor het LiPZ-project. Van deze therapeuten is ruim 60 procent van het man-

nelijke geslacht. De grootste groep valt binnen de leeftijdscategorie van 46 tot 55 jaar, maar ook de groep van 36 tot 45 jaar beslaat 35 procent. Ongeveer 80 procent van de groep fysiotherapeuten is tussen 1970 en 1989 afgestudeerd. Het grootste deel van de deelnemers werkt tussen de 21 en 40 uur per week (58,2%).

De kenmerken van de LiPZ-fysiotherapeuten zijn evenals de praktijken vergeleken met de 'peiling fysiotherapie eerste lijn 2001'. Wat betreft geslacht, leeftijd, aantal direct patiëntgebonden uren per week en jaar van afstuderen zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de LiPZ-fysiotherapeuten en de fysiotherapeuten uit de peiling (zie tabel 2 in bijlage 2).

Patiëntniveau

De kenmerken van de LiPZ-patiënten zijn vergeleken met de kenmerken van patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel (8) en patiënten uit LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg) (11). Bij vergelijking van de patiëntkenmerken van LiPZ-patiënten met de kenmerken van patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel en patiënten uit LINH zijn er slechts kleine verschillen gevonden wat betreft geslacht, leeftijd en soort verwijzer (zie tabel 3 en 4 in bijlage 2). LINH geeft ieder jaar de tien meest voorkomende verwijsdiagnosen van patiënten die verwezen worden naar de fysiotherapie. Deze top tien komt goed overeen met de tien meest voorkomende verwijsdiagnosen van LiPZ-patiënten (zie tabel 5 in bijlage 2).

Zowel op praktijk- en therapeutniveau, als op patiëntniveau zijn er wat betreft de LiPZ-gegevens slechts kleine verschillen gevonden met gegevens uit het onderzoek naar de beperkende maatregel en met gegevens uit LINH. Geconcludeerd kan worden dat de representativiteit van 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 verwijfsdiagnose worden de tien meest voorkomende diagnoses genoemd. Voor de behandeldoelen staan zowel op activiteiten- als op lichaamsfunctieniveau de vijf meest voorkomende doelen weergegeven. Daarnaast worden de tien meest voorkomende combinaties van doelen tussen beide niveaus genoemd.

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 met een aanvullende verzekering. De scheiding van zes maanden komt voort uit het onderscheid van patiënten met een langdurige behandelperiode.

Getoetst is of geslacht, leeftijd en verwijfer van invloed zijn op het aantal zittingen per behandelperiode 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 verwijfer 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 verwijfsdiagnosen en voor de tien meest voorkomende combinaties tussen behandeldoelen op activiteiten- en op lichaamsfunctieniveau.

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, aangezien zowel onderzoeksvraag één als onderzoeksvraag twee hierin besproken worden.

De resultaten in dit hoofdstuk hebben betrekking op de beroepsgroep fysiotherapie. De gegevens zijn gefilterd uit het declaratieverkeer tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars en betreffen alleen ziekenfondsverzekerde patiënten met een reguliere behandeling (individueel of in groepsverband) of met een consult uit praktijken die minimaal vier maanden geregistreerd hebben. Op de meeste basisonderzoeksvragen wordt met behulp van gegevens van verschillende subonderzoeksgroepen 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 afgeronde behandelingsperiode en de groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode (langer dan zes maanden).

3.2 Beschrijving kenmerken van patiënten en verwijzing naar fysiotherapie

Deze paragraaf beschrijft de gegevens die betrekking hebben op de basisonderzoeksvragen 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 kenmerken van patiënten en gegevens betreffende het voorkomen op de VWS-lijst staan weergegeven in tabel 3.1. De groep patiënten die verwezen is in 2001 bestaat voor ruim 60 procent uit vrouwen. Minder dan 10 procent is jonger dan 25 jaar en ruim 20 procent is ouder dan 65 jaar. De grootste groep valt tussen de 35 en 54 jaar (40,5%). Ongeveer tien procent van de patiënten, die verwezen zijn in 2001, heeft een aandoening die voorkomt op de lijst met chronische of intermitterende therapie (lijstpatiënten). De groep met een afgeronde behandelingsperiode bevat relatief iets meer mannen en relatief minder lijstpatiënten dan de groep die verwezen is in 2001. De leeftijd komt vrij goed overeen. De groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode (langer dan zes maanden) heeft een hoger percentage vrouwen (69,6%) en een hoger percentage lijstpatiënten (40,4%) dan de overige groepen. Daarnaast zijn de patiënten met een langdurige behandelingsperiode over het algemeen ouder dan de patiënten in de overige onderzoeksgroepen. Gezien de verschillen tussen de groep patiënten met een verwijzingsdatum in 2001 en de groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode, is het waarschijnlijk dat de laatstgenoemde groep een ondervertegenwoordiging bevat van patiënten met een langdurige behandelingsperiode. 86 procent van de patiënten met een langdurige behandelingsperiode voldoet niet aan de criteria voor een afgeronde behandelingsperiode, bijvoorbeeld omdat hun behandelingsperiode nog niet afgesloten is aan het einde van de registratieperiode. Bij de interpretatie van de gegevens dient hier rekening mee gehouden te worden.

Tabel 3.1: Patiëntkenmerken van drie groepen ziekenfondsverzekerde patiënten fysiotherapie

		Verwijsdatum in 2001	Afgeronde behandelepisode	Langdurige behandel-episode (> 6 maanden)
		% (n=4.884)	% (n=4.280)	% (n=759)
Geslacht	Mannelijk	37,8	39,9	30,4
	Vrouwelijk	62,2	60,1	69,6
Leeftijd	0-14 jr	1,6	2,0	1,1
	15-24 jr	7,4	8,4	4,0
	25-34 jr	16,2	16,8	11,6
	35-44 jr	21,8	22,2	15,4
	45-54 jr	18,7	19,6	20,8
	55-64 jr	13,2	12,7	16,6
	65-74 jr	10,2	9,1	12,3
	>75 jr	11,0	9,3	18,3
Voorkomen op VWS-lijst	Lijst patiënten	10,7	5,9	40,4
	Niet-lijstpatiënten	89,3	94,1	59,6

3.2.2 Verwijzer naar fysiotherapeutische zorg

In tabel 3.2 staat weergegeven door wie fysiotherapiepatiënten worden verwezen, daarbij is de groep ‘medisch specialisten’ verder uitgesplitst. Het merendeel van de patiënten met een verwijsdatum in 2001 wordt verwezen door de huisarts (91,1%). Als een patiënt door een medisch specialist is verwezen, is dat vooral door een orthopeed of een chirurg. Daarnaast is een vrij groot deel van de medisch specialisten niet nader gespecificeerd.⁷ Bij de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode ligt het percentage patiënten verwezen door de huisarts iets hoger dan bij de patiënten met een verwijsdatum in 2001 (93,6%). De verdeling over de medisch specialisten komt redelijk overeen. Patiënten met een langdurige behandel-episode worden minder vaak door de huisarts doorverwezen dan patiënten in de overige groepen (82,2%). Naast de verwijzingen door orthopedische specialisten en chirurgen, worden patiënten met een langdurige behandel-episode ook relatief vaak verwezen door reumatologen en neurologen. Bij enkele aandoeningen op de VWS-lijst is als voorwaarde voor vergoeding gesteld dat patiënten verwezen zijn door een medisch specialist. Dit kan een verklaring zijn voor

⁷ 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.

het hogere percentage verwijzingen door medisch specialisten binnen de groep patiënten met een langdurige behandelperiode.

Tabel 3.2: Soort verwijzer van drie groepen ziekenfondsverzekerde patiënten fysiotherapie

	Verwijsdatum in	Afgeronde	Langdurige
	2001	behandelperiode	behandelperiode
	% (n=4.884)	% (n=4.280)	(> 6 maanden) % (n=759)
Huisarts	91,1	93,6	82,2
Medische specialist	8,7	6,3	17,8
Niet nader gespecificeerd	1,2	0,6	2,0
Orthopaedie	3,7	3,1	6,3
Chirurgie	1,4	1,0	2,5
Neurologie	0,8	0,4	2,0
Reumatologie	0,5	0,3	2,2
Overige medische specialisten	1,1	0,8	2,8
Onbekend	0,2	0,1	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 voorkomende verwijsdiagnose bij de patiënten die in 2001 verwezen zijn is 'lage rugpijn zonder uitstraling' (15,0%). Hierop volgt de diagnose 'symptomen/ klachten nek' (11,0%). De vier meest voorkomende verwijsdiagnosen hebben allen betrekking op de wervelkolom. Van ruim 60 procent van de patiënten met een verwijsdatum in 2001 komt de verwijsdiagnose voor in de top tien. De tien meest voorkomende verwijsdiagnosen bij de patiënten met een afgeronde behandelperiode komen, wat betreft volgorde en percentages, overeen met de tien meest frequent genoemde diagnosen van patiënten met een verwijsdatum in 2001 en staan om deze reden niet weergegeven in de tabel.

In de top tien verwijsdiagnosen van patiënten met een langdurige behandelperiode valt op dat de eerste twee diagnosen overeenstemmen met de twee meest voorkomende diagnosen van patiënten met een verwijsdatum in 2001, wel zijn in de eerste groep de percentages lager. In de top tien voor patiënten met een langdurige behandelperiode komen vijf diagnosen voor die niet in

de groep met een verwijfsdatum in 2001 voorkomen. Op volgorde van voorkomen zijn dit: ‘reumatoïde artritis’ (5,5%), ‘cerebrovasculair accident’ (4,8%), ‘artrose/ spondylose wervelkolom’ (3,1%), ‘spierpijn (inclusief fibromyalgie)’ (3,1%) en ‘andere fracturen’ (2,5%). Ongeveer 50 procent van de verwijfsdiagnosen komt voor in de top tien, dit percentage ligt lager dan in de groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001. Opvallend is dat slechts twee specifieke verwijfsdiagnosen uit de top tien van de groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode voorkomen op de VWS-lijst voor langdurige of intermitterende behandeling (te weten: de verwijfsdiagnosen cardiovasculair accident en reumatoïde artritis).

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 2,2% van de patiënten het geval. Bij patiënten met een langdurige behandeling ligt dit percentage hoger (4,4%).

Tabel 3.3: 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen (in ICPC-coderingen) van twee groepen ziekenfondsverzekerde patiënten fysiotherapie¹

Verwijfsdatum in 2001		Langdurige behandelingsperiode (> 6 maanden)	
	% (n=4.253)		% (n=746)
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	15,0	L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	9,2
L01; Symptomen/klachten nek	11,0	L01; Symptomen/klachten nek	7,4
L83; Syndromen cervicale wervelkolom	6,9	L02; Symptomen/klachten rug	6,3
L02; Symptomen/klachten rug	6,8	L88; Reumatoïde artritis	5,5
L92; Schoudersyndromen/ PHS	4,6	L83; Syndromen cervicale wervelkolom	5,0
L08; Symptomen/klachten schouder	4,3	K90; Cerebrovasculair accident (CVA)	4,8
L15; Symptomen/klachten knie	3,6	L08; Symptomen/klachten schouder	4,0
L99; Andere ziekten bewegingsapparaat	3,5	L84; Artrose/spondylose wervelkolom	3,1
L86; Lage rugpijn met uitstraling	3,3	L18; Spierpijn (incl. fibromyalgie)	3,1
L93; Epicondylitis lateralis	2,4	L76; Andere fracturen	2,5
Overig	38,6	Overig	49,1

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

3.3 Beschrijving behandeling fysiotherapeutische zorg

Voor het beschrijven van de behandelingen in de fysiotherapeutische 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 verzameld met betrekking tot de behandeldoelen, het aantal zittingen in een behandelingsperiode, de behandelingsduur van de behandelingsperiode en de prestatiecode. De resultaten op bovengenoemde vraagstelling staan in onderstaande subparagrafen beschreven.

3.3.1 *Behandeldoelen*

Bij de behandeldoelen is er onderscheid gemaakt tussen behandeldoelen op activiteitsniveau en behandeldoelen op lichaamsfunctieniveau. Per patiënt was het mogelijk om op activiteitsniveau en/ of op lichaamsfunctieniveau één hoofddoel in te vullen.

Tabel 3.4 geeft op activiteiten- en op lichaamsfunctieniveau de vijf meest voorkomende behandeldoelen weer. Evenals bij de verwijfsdiagnosen komen de groepen patiënten met een verwijfsdatum in 2001 en patiënten met een afgeronde behandelingsperiode met elkaar overeen wat betreft de behandeldoelen. Om die reden is alleen de eerste groep in de tabel weergegeven. In deze groep zijn de meest voorkomende behandeldoelen op activiteitsniveau ‘handelingen voortbewegen (lopen)’ en ‘houding’ (respectievelijk 20,4% en 20,1%). De behandeldoelen ‘handelingen houding veranderen’, ‘handelingen gebruik arm/ hand’ en ‘overige activiteiten’ beslaan ieder ook ruim 13 procent. Wat betreft de behandeldoelen op lichaamsfunctieniveau komen de behandeldoelen ‘mobiliteitsfuncties’ en ‘spierfuncties’ het meest voor (respectievelijk 35,2% en 26,1%). Ook ‘sensorische functies, pijngevoel’ is bij de patiënten met een verwijfsdatum in 2001 een veel genoemd behandeldoel (19,0%).

De top vijf voor de groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode stemt wat betreft beide niveaus overeen met de top van de groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001. Wel zijn er verschillen in percentages. Het meest opvallend zijn de verschillen op lichaamsfunctieniveau. Het behandeldoel ‘bewegingsfuncties’ komt bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode relatief vaker voor, terwijl het doel ‘sensorische functies, pijngevoel’ relatief minder vaak voorkomt.

Tabel 3.4: Per niveau de 5 meest voorkomende hoofdbehandeldoelen fysiotherapie van twee groepen ziekenfondsverzekerde patiënten fysiotherapie¹

		Verwijsdatum in 2001	Langdurige behandelepisode (> 6 maanden)
		% (n=4.222)	% (n=742)
Activiteiten- niveau	Handelingen voortbewegen (lopen)	20,4	22,6
	Houding	20,1	19,9
	Handelingen houding veranderen	14,5	12,5
	Handelingen gebruik arm/hand	13,3	11,1
	Overige activiteiten	13,0	14,0
	Overige behandeldoelen	16,4	19,1
Lichaams- functieniveau	Mobiliteitsfuncties	35,2	37,1
	Spierfuncties	26,1	24,5
	Sensorische functies, pijngewaarwording	19,0	11,5
	Lichaamshouding	9,1	7,3
	Bewegingsfuncties	5,9	13,6
	Overige behandeldoelen	4,4	5,8

¹ De behandeldoelen zijn niet van alle patiënten bekend waardoor het aantal patiënten niet overeenkomt met voorafgaande tabellen.

Zoals hierboven reeds is aangegeven, was het voor de fysiotherapeuten mogelijk om zowel op activiteitsniveau als op lichaamsfunctieniveau één behandeldoel aan te geven. Bij de patiënten met een verwijsdatum in 2001 is bij 97 procent op beide niveaus een behandeldoel aangegeven. Bij 2,6 procent is alleen op lichaamsfunctieniveau een behandeldoel aangegeven en in een enkel geval alleen op activiteitsniveau. Bij patiënten met een langdurige behandeldepisode is bij 99 procent op beide niveaus een behandeldoel aangegeven. In het verleden is gebleken dat fysiotherapeuten de afgelopen tien jaar hun behandeldoelen veelal op lichaamsfunctieniveau stelden (1;2). Gezien de huidige resultaten lijkt er een verschuiving te hebben plaatsgevonden naar een combinatie van lichaamsfunctieniveau en activiteitsniveau.

In tabel 3.5 staan de tien meest voorkomende combinaties tussen behandeldoelen op lichaamsfunctie- en activiteitsniveau weergegeven. Van ruim de helft van de patiënten met een verwijsdiagnose in 2001 vallen de combinaties binnen de weergegeven top tien. De meest voorkomende combinatie is het behandeldoel 'handelingen voortbewegen (lopen)' met het behandeldoel

‘mobiliteitsfuncties’ (8,5%). De eerste vier combinaties bevatten allen het behandeldoel ‘mobiliteitsfuncties’. Daarnaast komt het behandeldoel ‘houding’ veel voor in de top tien voor patiënten met een verwijfsdatum in 2001. De zes meest voorkomende combinaties bij de patiënten met een verwijfsdiagnose in 2001 komen ook voor in de top tien van patiënten met een langdurige behandelingsperiode. Daarnaast komen bij deze laatste groep drie nieuwe combinaties voor in de top tien. Hiervan is de combinatie ‘handelingen voortbewegen (lopen)’ met ‘bewegingsfuncties’ het belangrijkste (6,3%). De meest voorkomende combinatie is ‘houding’ met ‘mobiliteitsfuncties’ (8,6%). De top tien met de combinaties van behandelingsdoelen van de patiënten met een langdurige behandelingsperiode bevat evenals de groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001 ruim 50 procent van de patiënten.

Tabel 3.5: 10 meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandelingsdoelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau van twee groepen ziekenfondsverzekerde patiënten fysiotherapie

Verwijsdatum in 2001	Langdurige behandelingsperiode (> 6 maanden)	
	% (n=4.138)	% (n=735)
Handelingen voortbewegen (lopen) - mobiliteitsfuncties	8,5	Houding - mobiliteitsfuncties 8,6
Houding - mobiliteitsfuncties	7,2	Handelingen voortbewegen (lopen) - mobiliteitsfuncties 7,1
Handelingen houding veranderen - mobiliteitsfuncties	6,5	Handelingen voortbewegen (lopen) - bewegingsfuncties 6,3
Handelingen gebruik arm/hand - mobiliteitsfuncties	5,8	Handelingen houding veranderen - mobiliteitsfuncties 6,1
Houding – lichaamshouding	5,3	Handelingen gebruik arm/hand - mobiliteitsfuncties 6,0
Houding – spierfuncties	5,0	Houding - spierfuncties 5,7
Handelingen voortbewegen (lopen) - spierfuncties	4,8	overige activiteiten - spierfuncties 4,9
Overige activiteiten - spierfuncties	4,4	Handelingen voortbewegen (lopen) - spierfuncties 4,2
Handelingen voortbewegen (lopen) - pijngewaarwording	4,3	Houding - lichaamshouding 3,5
Overige activiteiten - pijngewaarwording	2,9	Overige activiteiten - mobiliteitsfuncties 3,1
Overig	45,4	Overig 44,5

3.3.2 Aantal zittingen per afgeronde behandelingsperiode

Het aantal zittingen per behandelingsperiode is berekend voor de fysiotherapiepatiënten met een afgeronde behandelingsperiode. In tabel 3.6 staat de verdeling over een aantal categorieën weergegeven. De grootste groep patiënten heeft zeven tot negen zittingen gehad (27,3%). Ruim 55 procent van de patiënten heeft minder dan tien zittingen gehad. Het grootste deel van de patiënten met meer dan negen zittingen, valt in de groep 13 tot 18 zittingen (22,3% van de groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode). Tien procent heeft minder dan vier zittingen gehad. Vergeleken met het onderzoek naar de beperkende maatregel is dit percentage vrij hoog (1). 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 opgaaf van redenen stoppen van de patiënt, doorverwijzing 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. Het percentage consulten binnen de groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode is 0,3 procent. Het gemiddeld aantal zittingen (\pm standaarddeviatie) bedraagt 10,9 (\pm 7,7).

Tabel 3.6: Aantal zittingen fysiotherapie bij ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

	% (n=4.280)
Consult	0,3
1-3 zittingen	10,2
4-6 zittingen	18,8
7-9 zittingen	27,3
10-12 zittingen	12,3
13-18 zittingen	22,3
19-24 zittingen	4,6
> 25 zittingen	4,3

Om inzicht te krijgen op het gemiddelde aantal zittingen in de tijd, worden in tabel 3.7 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. Bij ongeveer 90 procent van deze groep bestond de behandel-

episode uit maximaal 18 zittingen en de duur bedroeg niet meer dan zes maanden. Het gemiddelde aantal zittingen van deze groep patiënten is $9,2 \pm 4,7$. Deze subgroep patiënten bepaalt met name het gemiddelde aantal zittingen van de gehele groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode. Het merendeel van de patiënten dat niet tot bovengenoemde subgroep behoort, heeft binnen zes maanden meer dan 18 zittingen gehad (6,9%). In deze groep bedraagt het gemiddelde aantal zittingen $25,0 \pm 6,5$. Slechts 2,4% van de patiënten met een afgeronde behandelingsperiode wordt langer dan zes maanden behandeld, het gemiddelde aantal zittingen van deze subgroep is $34,0 \pm 17,4$.

Zoals eerder reeds is aangegeven heeft een groot deel van de patiënten met een langdurige behandelingsperiode geen afgeronde behandelingsperiode (86,6%). Deze patiënten zijn reeds voor de registratieperiode met hun behandeling begonnen en/ of hun behandelingsperiode is aan het einde van de registratieperiode nog niet afgesloten. Met name de patiënten met een zeer lange behandelingsperiode hebben minder kans om aan de gestelde criteria voor een afgeronde behandelingsperiode te voldoen. De groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode bevat dus een ondervertegenwoordiging van patiënten met een relatief 'langdurende' lange behandelingsperiode, waardoor een onderschatting van het gemiddelde aantal zittingen kan ontstaan.

Tabel 3.7: Het aantal zittingen fysiotherapie uitgesplitst naar de behandelingsduur, per groep staat het percentage van voorkomen, het gemiddelde aantal zittingen \pm standaarddeviatie weergegeven van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode (n=4.266)¹

	≤ 6 maanden		> 6 maanden		Totaal	
	(%)	gem. \pm sd.	(%)	gem. \pm sd.	(%)	gem. \pm sd.
≤ 18 zittingen	(90,7)	$9,2 \pm 4,7$	(0,4)	$14,6 \pm 4,4$	(91,2)	$9,2 \pm 4,7$
> 18 zittingen	(6,9)	$25,0 \pm 6,5$	(2,0)	$38,2 \pm 16,2$	(8,8)	$28,0 \pm 11,0$
Totaal	(97,6)	$10,3 \pm 6,3$	(2,4)	$34,0 \pm 17,4$	(100,0)	$10,9 \pm 7,7$

¹ Patiënten met een consult zijn uit de analyse gelaten, waardoor het aantal patiënten lager is dan in voorafgaande tabellen.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat een aantal patiëntkenmerken, waaronder leeftijd en geslacht, van invloed zijn op het aantal zittingen per behandelingsperiode (1;12). Om die reden staat in tabel 3.8 naast het gemiddeld aantal zittingen van de totale groep patiënten met een bekende behandelingsperiode ook het gemiddelde uitgesplitst naar geslacht en leeftijd. Aanvullend is ook het gemiddeld aantal zittingen weergegeven voor patiënten die door een huisarts of een medisch specialist verwezen zijn. Zowel wat betreft het geslacht en de leeftijd, als wat betreft de verwijzer zijn er statistisch significante verschillen gevonden. Gemiddeld worden vrouwen iets vaker behandeld dan mannen. Naarmate men ouder wordt, neemt het gemiddeld aantal zittingen toe. Daarnaast worden patiënten die verwezen zijn door een medisch specialist gemiddeld anderhalf keer vaker behandeld dan patiënten die door een huisarts verwezen zijn ($15,8 \pm 11,8$ ten opzichte van $10,5 \pm 7,2$).

Tabel 3.8: Gemiddeld aantal zittingen fysiotherapie voor patiëntkenmerken van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

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

¹ $p < 0,01$.

Voor de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen zoals deze gesteld zijn door de verwijzer (zie tabel 3.3) is het gemiddeld aantal zittingen berekend. Voor patiënten met een afgeronde behandelingsperiode staan de gegevens weergegeven in tabel 3.9. De onderlinge verschillen in het gemiddeld aantal zittingen zijn niet zo groot. De verwijfsdiagnosen ‘epicondylitis lateralis’ en ‘symptomen/klachten schouder’ hebben het hoogste gemiddelde (respec-

tievelijk 12,3 (\pm 5,8) en 11,7 (\pm 8,7) zittingen per behandelingsperiode). Van de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen hebben ‘lage rugpijn zonder uitstraling’ en ‘lage rugpijn met uitstraling’ het laagste gemiddeld aantal zittingen per behandelingsperiode (respectievelijk 10,0 (\pm 5,9) en 10,3 (\pm 6,6) zittingen).

Tabel 3.9: Het gemiddelde aantal zittingen fysiotherapie voor de 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
L93; Epicondylitis lateralis	12,3	5,8	11,0
L08; Symptomen/klachten schouder	11,7	8,7	9,0
L92; Schouder syndromen/ PHS	11,4	6,5	10,0
L83; Syndromen cervicale wervelkolom	11,4	8,0	9,0
L15; Symptomen/klachten knie	11,0	7,8	9,0
L02; Symptomen/klachten rug	10,7	7,0	9,0
L99; Andere ziekten bewegingsapparaat	10,5	5,7	9,0
L01; Symptomen/klachten nek	10,5	6,1	9,0
L86; Lage rugpijn met uitstraling	10,3	6,6	9,0
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	10,0	5,9	9,0

Voor de tien meest voorkomende combinaties tussen behandelingsdoelen op activiteiten- en lichaamsfunctieniveau (zie tabel 3.5) staat in tabel 3.10 het gemiddeld aantal zittingen per behandelingsperiode weergegeven voor patiënten met een afgeronde behandelingsperiode. Evenals bij de verwijfsdiagnosen zijn ook hier de verschillen niet zo groot. De combinatie ‘handelingen gebruik arm/ hand’ met ‘mobiliteitsfuncties’ heeft gemiddeld de meeste zittingen per behandelingsperiode (12,8 \pm 8,9). Deze combinatie wordt gevolgd door de combinatie ‘overige activiteiten’ met ‘pijngewaarwording’ (11,9 \pm 7,2 zittingen). De combinaties ‘houding’ met ‘lichaamshouding’ en ‘handelingen houding veranderen’ met ‘mobiliteitsfuncties’ hebben het laagste gemiddeld aantal zittingen (respectievelijk 9,9 \pm 5,5 en 9,2 \pm 5,3 zittingen).

Tabel 3.10: Het gemiddelde aantal zittingen fysiotherapie voor de 10 meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteiten- niveau en lichaamsfunctieniveau van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
Handelingen gebruik arm/hand - mobiliteitsfuncties	12,8	8,9	11,0
Overige activiteiten - pijngewaarwording	11,9	7,2	10,0
Houding - spierfuncties	11,2	6,6	9,0
Overige activiteiten - spierfuncties	11,2	8,2	9,0
Handelingen voortbewegen (lopen) - spierfuncties	11,1	8,4	9,0
Houding - mobiliteitsfuncties	11,0	7,7	9,0
Handelingen voortbewegen (lopen) - pijngewaarwording	10,6	6,6	9,0
Handelingen voortbewegen (lopen) - mobiliteitsfuncties	10,2	8,1	8,0
Houding - lichaamshouding	9,9	5,5	9,0
Handelingen houding veranderen - mobiliteitsfuncties	9,2	5,3	9,0

3.3.3 *Behandelduur per afgeronde behandelperiode*

De behandelduur van een behandelperiode is berekend voor fysiotherapiepatiënten met een afgeronde behandelperiode. Deze behandelduur is in een aantal categorieën verdeeld (van 'tot en met één week' tot 'langer dan drie maanden'). In tabel 3.11 staan de frequenties weergegeven. Eenderde van de patiënten is langer dan zes weken en maximaal drie maanden onder behandeling geweest. Bijna een kwart van de patiënten is langer dan één week en maximaal vier weken behandeld. Ook het aantal behandelperiodes dat langer duurt dan drie maanden is met ruim 17 procent nog aanzienlijk. De gemiddelde behandelduur is 8,1 (\pm 6,8) weken.

Tabel 3.11: Behandelduur van fysiotherapie bij ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

	% (n=4.266)
Tot en met 1 week	7,1
Langer dan 1 week, tot en met 4 weken	22,9
Langer dan 4 weken, tot en met 6 weken	19,1
Langer dan 6 weken, tot en met 3 maanden	33,6
Langer dan 3 maanden	17,3

De patiënten met een langdurige en afgeronde behandelingsperiode hebben een gemiddelde behandelingsduur van 34,3 (\pm 8,1) weken. Evenals bij het gemiddeld aantal zittingen is dit een onderschatting van de werkelijke behandelingsduur. Van patiënten met een zeer lange behandelingsperiode is de behandeling vaak nog niet afgerond. Bovengenoemd gemiddelde heeft daarom met name betrekking op de patiënten met een relatief ‘korte’ langdurige behandelingsperiode.

De gemiddelde behandelingsduur staat in tabel 3.12 uitgesplitst weergegeven voor geslacht, leeftijd en verwijzer. Daarnaast staat het gemiddelde weergegeven voor alle patiënten met een afgeronde behandelingsperiode. Zowel voor geslacht, leeftijd en soort verwijzer zijn er significante verschillen gevonden in de gemiddelde behandelingsduur. Gemiddeld worden vrouwen ongeveer een week langer behandeld dan mannen. Daarnaast loopt de behandelingsduur op naarmate men ouder wordt. Patiënten die door een medisch specialist verwezen zijn, worden drie weken langer behandeld dan patiënten die door een huisarts verwezen zijn.

Tabel 3.12: Gemiddelde behandelingsduur van fysiotherapie (in weken) uitgesplitst voor patiëntenkenmerken van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

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

¹ $p < 0,01$.

Evenals bij het gemiddeld aantal zittingen zijn ook voor de gemiddelde behandelingsduur uitsplitsingen gemaakt naar de verwijzingsdiagnose zoals die door de verwijzer gesteld is. In tabel 3.13 staat voor de tien meest voorkomende ver-

wijsdiagnosen de gemiddelde behandelduur per behandelingsperiode weer-gegeven. De gegevens betreffen fysiotherapiepatiënten met een reguliere behandeling of een groepsbehandeling en een afgeronde behandelingsperiode. De behandelduur voor ‘epicondylitis lateralis’ is het langst ($9,0 \pm 6,0$ weken), gevolgd door ‘symptomen/klachten schouder’ met een gemiddelde behandelduur van $8,9 (\pm 6,9)$ weken. De verwijfsdiagnosen ‘lage rugpijn met uitstraling’ en ‘lage rugpijn zonder uitstraling’ hebben de kortste gemiddelde behandelduur (respectievelijk $7,6 \pm 6,0$ en $7,1 \pm 5,6$ weken). Evenals bij het gemiddeld aantal contacten zijn bij de behandelduur geen grote verschillen binnen de top tien van verwijfsdiagnosen.

Tabel 3.13: De gemiddelde behandelduur van fysiotherapie (in weken) voor de 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen van ziekenfonds-verzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
L93; Epicondylitis lateralis	9,0	6,0	8,0
L08; Symptomen/klachten schouder	8,9	6,9	7,1
L02; Symptomen/klachten rug	8,6	7,3	6,9
L83; Syndromen cervicale wervelkolom	8,5	7,2	6,1
L92; Schouder syndromen/ PHS	8,4	6,2	7,0
L01; Symptomen/klachten nek	8,3	6,0	6,6
L15; Symptomen/klachten knie	8,1	6,8	6,4
L99; Andere ziekten bewegingsapparaat	7,8	5,7	6,3
L86; Lage rugpijn met uitstraling	7,6	6,0	6,6
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	7,1	5,6	5,7

Tabel 3.14 geeft voor de tien meest voorkomende combinaties tussen behandelingsdoelen op activiteiten- en op lichaamsfunctieniveau de gemiddelde behandelduur per behandelingsperiode weer voor patiënten met een afgeronde behandelingsperiode. De combinatie ‘handelingen gebruik arm/ hand’ met ‘mobiliteitsfuncties’ heeft de langste gemiddelde behandelduur ($9,5 \pm 6,9$ weken). De gemiddelde behandelduur per behandelingsperiode voor de overige combinaties varieert van 7,1 tot 9,1 weken. Evenals bij de top tien voor verwijfsdiagnosen zijn er ook hier geen grote verschillen aanwezig.

Tabel 3.14: De gemiddelde behandelduur van fysiotherapie (in weken) voor de 10 meest voorkomende combinaties tussen hoofdbehandeldoelen op activiteitsniveau en lichaamsfunctieniveau van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandel-episode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
Handelingen gebruik arm/hand - mobiliteitsfuncties	9,5	6,9	8,0
Houding - spierfuncties	9,1	6,5	7,6
Houding – mobiliteitsfuncties	8,9	7,8	6,8
Overige activiteiten - spierfuncties	8,5	7,2	6,3
Handelingen voortbewegen (lopen) - spierfuncties	8,5	7,5	5,7
Overige activiteiten - pijngewaarwording	8,3	6,8	6,2
Houding – lichaamshouding	8,1	5,5	7,0
Handelingen voortbewegen (lopen) - mobiliteitsfuncties	7,5	6,5	5,7
Handelingen lopen - pijngewaarwording	7,2	5,8	5,9
Handelingen houding veranderen - mobiliteitsfuncties	7,1	5,6	6,0

3.3.4 Prestatiecode

Het totaal aantal gedeclareerde zittingen is in tabel 3.15 uitgesplitst naar de behandelvorm (prestatiecode). In de groep patiënten met een verwijzdatum in 2001 wordt 83,9 procent van de zittingen als ‘reguliere zitting fysiotherapie zonder toeslag’ gedeclareerd. Ruim 11 procent van de behandelingen binnen deze groep wordt als ‘zitting fysiotherapie uit behandeling’ (bij de patiënt thuis) gedeclareerd en vier procent als ‘zitting in de instelling waar de patiënt verblijft’. Bij patiënten met een afgeronde behandel-episode wordt 89,6 procent gedeclareerd als ‘reguliere zitting fysiotherapie’. De percentages voor zittingen bij de patiënt thuis of in een instelling liggen lager dan bij de groep patiënten die in 2001 verwezen is. Voor de groep patiënten met een langdurige behandel-episode geldt het omgekeerde: ruim 70 procent van de behandelingen wordt gedeclareerd als een ‘reguliere zitting fysiotherapie’ en respectievelijk 21,5% en 6,1% als zittingen die bij de patiënt thuis of in een instelling hebben plaatsgevonden. Verhoudingsgewijs komen consulten bij alle drie de onderzoekspopulaties nauwelijks voor. Het aantal declaraties voor consulten valt weg bij het grote aantal declaraties voor reguliere zittingen. Ook het aantal declaraties voor groepsbehandelingen is in verhouding tot het totale aantal declaraties gering. Groepsbehandelingen zijn reeds enkele jaren geleden ingevoerd, maar kennelijk wordt het niet veel toegepast.

Bij de interpretatie van de percentages betreffende declaraties van behandelingen in een instelling, dient er rekening te worden gehouden met de Nederlandse regelgeving. Als er namelijk meerdere patiënten achtereenvolgens in een zelfde instelling worden behandeld, mogen fysiotherapeuten slechts bij één patiënt toeslag rekenen. Hierdoor geeft met name het percentage declaraties van zittingen in een instelling geen goed beeld van het werkelijke percentage zittingen in een instelling. Hetzelfde geldt voor zittingen bij de patiënt aan huis. De verwachting is echter dat het relatief weinig voorkomt dat er meerdere patiënten (bijvoorbeeld gezinsleden) achtereenvolgens aan huis behandeld worden. Vanzelfsprekend heeft deze regelgeving tot gevolg dat het percentage declaraties van een reguliere zitting hoger ligt dan het werkelijke percentage behandelingen dat in de praktijk wordt gegeven.

Tabel 3.15: Het aantal declaraties van reguliere zittingen fysiotherapie (inclusief consulten en groepsbehandelingen) onderverdeeld naar de behandelvorm van drie groepen ziekenfondsverzekerde patiënten

	Verwijsdatum in 2001 % (n=65.924)	Afgeronde behandelepisode % (n=46.809)	Langdurige behandelepisode (> 6 maanden) % (n=33.405)
Reguliere zitting fysiotherapie	83,9	89,6	71,8
Zitting fysiotherapie uit behandeling	11,9	6,9	21,5
Zitting fysiotherapie instelling	4,0	3,4	6,1
Groepsbehandeling fysiotherapie	0,2	0,0	0,5
Fysiotherapeutisch consult	0,0	0,0	0,0

Referenties

- (1) 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.
- (2) Valk van der RWA, Dekker J, Boschman M. Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989-1992. Utrecht: NIVEL, 1995.
- (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) Zuijderduin 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) Internationale Classificatie van het menselijk functioneren (ICF). Geneve: World Health Organization Library Cataloguing, 2001.
- (10) Gebel RS, Lamberts H. ICPC-1 met Nederlandse subtitels. 4 ed. Utrecht: Nederlands Huisarts Genootschap, 2000.
- (11) Verheij R, Jabaaij L, Bakker de D, Abrahamse H, Hoogen van den H, Braspenning J et al. LINH jaarrapport 2001 cijfers uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg: contacten, verwijzingen en voorschrijven in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2002.
- (12) Zuijderduin WM, Dekker J, Abrahamse H. Determinanten van de omvang van de behandeling in de extramurale fysiotherapie. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1995; 73(5):274-281.

Bijlage 1

Operationalisering variabelen opbouwfase LiPZ-project voor fysiotherapie

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 003 Eerste indicatie fysiotherapie, niet op lijst 004 Eerste indicatie kinderfysiotherapie, niet op lijst 005 Eerste vervolgindicatie kinderfysiotherapie, niet op lijst 009 Behandelingen die niet onder de regeling Paramedische hulp vallen
Vektis-rapport:	Rubriek 418 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: CODE SOORT INDICATIE PARAMEDISCHE HULP
LiPZ:	R Lijstpatiënten Niet-lijstpatiënten

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

Variabele: Soort verwijzer
Omschrijving: Nadere verbijzondering van de verwijzende zorgverlener per soort/ beroepsgroep.
Mogelijke waarden: Zie hiervoor Vektis-codering COD016-VNZ Zorgverlenersspecificatie
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?*

Voor deze vraag zijn in de opbouwfase geen gegevens beschikbaar voor de beroepsgroep fysiotherapie.

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

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

	41	Bewegingsfuncties onwillekeurige bewegingsreacties
	42	Bewegingsfuncties controle van willekeurige bewegingen
	43	Bewegingsfuncties onwillekeurige bewegingen
	44	Bewegingsfuncties gangpatroon
	50	Lichaamshouding, cervicaal
	51	Lichaamshouding, thoracaal
	52	Lichaamshouding, lumbaal
	53	Lichaamshouding, totaal
	60	Cardiovasculair systeem, functioneren hart
	61	Cardiovasculair systeem, fysieke uithoudingsvermogen
	62	Cardiovasculair systeem, afvoer oedeem, doorbloeding
	70	Ademhalingssysteem, ademhaling frequentie, ritme, diepte
	71	Ademhalingssysteem, ademhalingspielen
	80	Functie huid, mobiliteit
	81	Functie huid, herstel
	90	Sensorische functie, pijngewaarwording
	95	Overige functies
Vektis-rapport:	Niet	
LiPZ:	R	
		Idem mogelijke waarden

Variabele:	Datum behandelcontact
Omschrijving:	Datum waarop het behandelcontact (sessie) heeft plaatsgevonden.
Mogelijke waarden:	EEJJMMDD
Vektis-rapport:	Rubriek 421 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: BEHANDELINGSDATUM
LiPZ:	R 0-3 zittingen 4-6 zittingen 7-9 zittingen 10-12 zittingen 13-18 zittingen 19-24 zittingen >24 zittingen Totaal Gemiddeld Totaal SD

Variabele:	Prestatiecode
Omschrijving:	De gecodeerde aanduiding van de behandeling van de paramedicus, welk onderdeel is van de uitvoering van een behandelplan.
Mogelijke waarden:	Conform Vektis Codelijst COD192 1000 Reguliere zitting fysiotherapie 1001 Zitting fysiotherapie inclusief toeslag uit behandeling 1002 Zitting fysiotherapie inclusief inrichtings-toeslag 1100 Zitting kinderfysiotherapie 1101 Zitting kinderfysiotherapie inclusief toeslag uit behandeling 1102 Zitting kinderfysiotherapie inclusief in-richtingstoelage 1200 Zitting manuele therapie 1201 Zitting manuele therapie inclusief toeslag uit behandeling 1202 Zitting manuele therapie inclusief in-richtingstoelage 1300 Groepsbehandeling fysiotherapie 1400 Consult fysiotherapie 1401 Consult fysiotherapie inclusief toeslag uit behandeling 1402 Consult fysiotherapie inclusief inrichtings-toeslag 1500 Zitting oedeemtherapie 1501 Zitting oedeemtherapie inclusief toeslag uit behandeling 1502 Zitting oedeemtherapie inclusief inrichtingstoelage
Vektis-rapport:	Rubriek 423 van het bericht 'Declaraties para-medische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: PRESTATIECODE PARAMEDISCHE HULP
LiPZ-rapport:	Reguliere zitting fysiotherapie Zitting kinderfysiotherapie Zitting manuele therapie Zitting oedeemtherapie Groepsbehandeling Consult

In praktijk
Buiten praktijk

5. *Wat is het resultaat van de behandeling?*

Variabele:	Reden einde zorg
Omschrijving:	De reden waarom de behandeling is beëindigd.
Mogelijke waarden:	01 Behandeling is nog niet beëindigd 02 Patiënt uitbehandeld - 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 fysiotherapie LiPZ-netwerk

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

Representativiteit van de deelnemende fysiotherapiepraktijken

Op praktijkniveau zijn de kenmerken van de LiPZ-fysiotherapiepraktijken vergeleken met de totale Nederlandse populatie van fysiotherapiepraktijken. De gegevens van de totale Nederlandse populatie van fysiotherapiepraktijken zijn afkomstig van de 'peiling fysiotherapie eerste lijn 2001'. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van een aantal kenmerken van de LiPZ-fysiotherapiepraktijken ($n = 30$) ten opzichte van de fysiotherapiepraktijken uit de 'peiling fysiotherapie eerste lijn 2001' ($n = 4.590$). Aangezien het aantal LiPZ-fysiotherapiepraktijken relatief laag is, dienen vergelijkingen tussen beide groepen met enige voorzichtigheid te gebeuren. Met chi-kwadraattoetsen is gekeken of verschillen significant zijn ($\alpha < 0,05$).

Uit de vergelijking komt naar voren dat de verdeling van het aantal therapeuten per LiPZ-praktijk vrij goed overeenkomt met de landelijke verdeling, met uitzondering van de grote groepspraktijken (met vier of meer therapeuten). Het LiPZ-netwerk bevat relatief meer groepspraktijken met vier therapeuten en relatief minder groepspraktijken met vijf of meer therapeuten. Wat betreft de verdeling over Nederland is de provincie Noord-Brabant iets oververtegenwoordigd, terwijl de provincie Gelderland wat ondervertegenwoordigd is. Als de praktijken worden ingedeeld naar de regio's noord, oost, west en zuid, blijkt de LiPZ-verdeling de landelijke verdeling te volgen. Wat betreft de mate van verstedelijking komen er relatief minder LiPZ-praktijken voor in de sterk en zeer sterk stedelijke gebieden en relatief meer in de matig en niet stedelijke gebieden ($p < 0,05$).

Gezien de verschillen binnen de mate van stedelijkheid is de invloed van de stedelijkheid op het aantal zittingen en de behandelduur bekeken. Allereerst is hiervoor, vanwege het relatief lage aantal LiPZ-praktijken, een tweedeling gemaakt. De mate van stedelijkheid is verdeeld in stedelijke gebieden (zeer en sterk stedelijk) en minder stedelijke gebieden (niet, weinig of matig stede-

lijk). De invloed van de stedelijkheid is bekeken voor drie afzonderlijke patiënten populaties: alle patiënten met een afgeronde behandelingsperiode, patiënten met een afgeronde behandelingsperiode met de verwijfsdiagnose ‘lage rugpijn zonder uitstraling’ en patiënten met een afgeronde behandelingsperiode met de verwijfsdiagnose ‘symptomen/ klachten nek’. Variantieanalyse is toegepast om de invloed van de stedelijkheid op het aantal zittingen en de behandelingsduur te toetsen. Uit de analyses bleek de stedelijkheid niet statistisch significant van invloed te zijn op het aantal zittingen en op de behandelingsduur bij de drie afzonderlijke patiëntengroepen. Wel bleek er een grote variantie te zijn wat betreft het aantal contacten en de behandelingsduur tussen praktijken met dezelfde mate van stedelijkheid. Overeenkomstig het onderzoeksvoorstel is het daarom wenselijk het aantal praktijken uit te breiden naar 40. Voor deze uitbreiding zouden met name praktijken in de stedelijke gebieden geworven kunnen worden.

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat de representativiteit op praktijkniveau redelijk goed is, de meer stedelijke gebieden zijn echter wel ondervertegenwoordigd.

Tabel 1: Kenmerken van LiPZ-fysiotherapiepraktijken versus fysiotherapiepraktijken uit de peiling fysiotherapie eerste lijn 2001

	Fysiotherapiepraktijken			
	LiPZ		Peiling	
	n = 30	(%)	n = 4.590	(%)
Aantal therapeuten per praktijk				
1 therapeut	10	(33,3)	1.646	(35,9)
2 therapeuten	7	(23,3)	986	(21,5)
3 therapeuten	5	(16,7)	641	(14,0)
4 therapeuten	5	(16,7)	476	(10,4)
> 5 therapeuten	3	(10,0)	841	(18,3)
Aantal praktijken per provincie				
Groningen	1	(3,3)	124	(2,7)
Friesland	2	(6,7)	160	(3,5)
Drenthe	0	(0,0)	112	(2,4)
Overijssel	2	(6,7)	305	(6,6)
Flevoland	0	(0,0)	60	(1,3)
Gelderland	2	(6,7)	540	(11,8)
Utrecht	3	(10,0)	392	(8,5)
Noord-Holland	5	(16,7)	876	(19,1)
Zuid-Holland	5	(16,7)	961	(20,9)
Zeeland	1	(3,3)	102	(2,2)
Noord-Brabant	7	(23,3)	666	(14,5)
Limburg	2	(6,7)	292	(6,4)
Aantal praktijken per regio				
Noord	3	(10,0)	396	(8,6)
Oost	4	(13,3)	905	(19,7)
West	13	(43,3)	2.229	(48,6)
Zuid	10	(33,3)	1.060	(23,1)
Mate van verstedelijking¹				
Zeer stedelijk	1	(3,3)	861	(18,8)
Sterk stedelijk	4	(13,3)	1.199	(26,1)
Matig stedelijk	10	(33,3)	956	(20,8)
Weinig stedelijk	7	(23,3)	925	(20,2)
Niet stedelijk	8	(26,7)	649	(14,1)

¹ p < 0,05

Representativiteit van de deelnemende fysiotherapeuten

De kenmerken van de LiPZ-fysiotherapeuten (n = 59) zijn vergeleken met de totale Nederlandse populatie van fysiotherapeuten (n = 12.695). Ook hier is voor de Nederlandse populatie de 'peiling fysiotherapie eerste lijn 2001' ge-

bruikt. 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 chi-kwadraattoetsen is gekeken of verschillen statistisch significant zijn.

In de peiling fysiotherapie is het aandeel mannelijke en vrouwelijke fysiotherapeuten vrijwel gelijk. In het LiPZ-netwerk zijn er iets meer mannelijke dan vrouwelijke fysiotherapeuten, maar de verschillen zijn niet statistisch significant. De leeftijdsverdeling van LiPZ-therapeuten komt vrij goed overeen met de landelijke verdeling. Relatief behoren er iets meer LiPZ-therapeuten tot de leeftijdscategorie 46 tot 55 jaar, terwijl relatief iets minder LiPZ-therapeuten tot de categorie 26 tot 35 jaar behoren. Het aantal direct patiëntgebonden uren (uren die betrekking hebben op de behandeling van patiënten) ligt bij de LiPZ-fysiotherapeuten hoger dan het landelijke aantal uren, het verschil is echter niet statistisch significant. Tot slot wijkt de verdeling van LiPZ-therapeuten wat betreft het jaar van afstuderen met verschillen van minder dan vijf procent nauwelijks af van de verdeling van de fysiotherapeuten uit de peiling.

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat de kenmerken van LiPZ-fysiotherapeuten wat betreft geslacht, leeftijd, aantal direct patiënt gebonden uren per week en jaar van afstuderen redelijk tot goed overeenkomen met de kenmerken van de therapeuten uit de peiling.

Tabel 2: Kenmerken LiPZ-fysiotherapeuten versus fysiotherapeuten uit de peiling fysiotherapie eerste lijn 2001

	Fysiotherapeuten			
	LiPZ		Peiling	
Geslacht	n = 59	(%)	n =12.695	(%)
Man	37	(62,7)	6.359	(50,1)
Vrouw	22	(37,3)	6.336	(49,9)
Leeftijdsklasse	n = 59	(%)	n =12.512	(%)
Jonger dan 26 jaar	3	(5,1)	326	(2,9)
26-35 jaar	8	(13,6)	2.644	(21,1)
36-45 jaar	21	(35,6)	4.670	(37,3)
46-55 jaar	24	(40,7)	4.029	(32,2)
Ouder dan 55 jaar	3	(5,1)	843	(6,7)
Direct patiëntgebonden uren per week	n = 55	(%)	n =8.390	(%)
0-20 uur	11	(20,0)	2.689	(32,1)
21-40 uur	32	(58,2)	4.442	(52,9)
Meer dan 40 uur	12	(21,8)	1.259	(15,0)
Jaar van afstuderen	n = 59	(%)	n =11.437	(%)
Voor 1970	1	(1,7)	679	(5,9)
1970-1979	21	(35,6)	4.009	(35,1)
1980-1989	26	(44,1)	4.639	(40,6)
1990-1999	10	(16,9)	2.013	(17,6)
2000 of later	1	(1,7)	97	(0,8)

Representativiteit van de patiëntenpopulatie uit de LiPZ-fysiotherapiepraktijken

In het onderzoek naar de beperkende maatregel (1) zijn door fysiotherapeuten gegevens geregistreerd over hun patiënten en de aan hen verleende zorg. Het betreft zowel patiënten die ziekenfondsverzekerd zijn, als patiënten die particulier verzekerd zijn. De patiëntkenmerken van de ziekenfondsverzekerde patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel zijn vergeleken met de patiënten (exclusief patiënten met een consult) uit de LiPZ-fysiotherapiepraktijken. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de kenmerken van LiPZ-patiënten (n = 7.958) ten opzichte van de ziekenfondsverzekerde patiënten uit de het onderzoek naar de beperkende maatregel (n = 3.292). Met chi-kwadraattoetsen is gekeken of verschillen statistisch significant waren.

Verschillen tussen beide groepen wat betreft het geslacht zijn minimaal, wel lijkt de LiPZ-populatie wat ouder te zijn dan de patiënten uit het onderzoek

naar de beperkende maatregel ($p < 0,01$). Het onderzoek naar de beperkende maatregel heeft echter al enkele jaren geleden plaatsgevonden en gezien de vergrijzing van de Nederlandse bevolking is het niet verwonderlijk dat de leeftijd in het LiPZ-netwerk wat hoger is. De LiPZ-patiënten zijn relatief vaker door een huisarts doorverwezen dan de patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel (90,4% ten opzichte van 85,1%; $p < 0,01$).

Tabel 3: Kenmerken LiPZ patiënten fysiotherapie versus patiënten ‘beperkende maatregel’ fysiotherapie

	Patiënten Fysiotherapie			
	LiPZ		Beperkende maatregel	
Geslacht	n = 7.958	(%)	n = 3.267	(%)
Man	2.999	(37,7)	1.275	(39,0)
Vrouw	4.959	(62,3)	1.992	(61,0)
Leeftijdsklasse¹	n = 7.958	(%)	n = 3.232	(%)
0-14	140	(1,8)	127	(3,9)
15-24	575	(7,2)	273	(8,4)
25-34	1.273	(16,0)	639	(19,8)
35-44	1.642	(20,6)	612	(18,9)
45-54	1.531	(19,2)	518	(16,0)
55-64	1.087	(13,7)	399	(12,3)
65+	1.710	(21,5)	664	(20,5)
Verwijzer¹	n = 7.953	(%)	n = 3.269	(%)
Huisarts	7.188	(90,4)	2.782	(85,1)
Medisch specialist	765	(9,6)	487	(14,9)

¹ $p < 0,01$.

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) verzamelt jaarlijks gegevens omtrent de door Nederlandse huisartsen verleende zorg (11). Hierbij worden onder andere de verwijzingen door de huisarts geregistreerd. LINH-gegevens met betrekking tot ziekenfondsverzekerde patiënten die doorverwezen zijn naar de fysiotherapeut ($n = 19.109$), zijn wat betreft geslacht, leeftijd en verwijzingsdiagnose vergeleken met LiPZ-patiënten die door de huisarts doorverwezen zijn ($n = 7.188$). Met de chi-kwadraattoets is gekeken of verschillen in geslacht en leeftijd statistisch significant zijn. In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van het geslacht en de leeftijd van beide groepen patiënten. Het percentage vrouwen in de LiPZ-populatie ligt signi-

ficant hoger dan in de LINH-populatie, het verschil is echter minimaal (respectievelijk 62,8% en 61,0%; $p < 0,01$). Evenals bij de vergelijking met de beperkende maatregel zijn de patiënten in de LiPZ-database wat ouder dan de LINH-patiënten ($p < 0,01$). De verschillen binnen de verschillende leeftijdsklasse zijn echter slechts klein (minder dan drie procent).

Uit analyses is gebleken dat geslacht, leeftijd en verwijzer significant van invloed zijn op het aantal zittingen en de behandelduur (zie paragraaf 2.6, tabel 3.8 en tabel 3.12). Om die reden zijn het aantal zittingen en de behandelduur in de resultatensectie uitgesplitst voor geslacht, leeftijd en verwijzer.

Tabel 4: Kenmerken van LiPZ patiënten versus patiënten LINH fysiotherapie

	Patiënten Fysiotherapie			
	LiPZ ¹		LINH	
	n = 7.188	(%)	n = 19.109	(%)
Geslacht²				
Man	2.675	(37,2)	7.455	(39,0)
Vrouw	4.513	(62,8)	11.654	(61,0)
Leeftijd²				
0-14	120	(1,7)	596	(3,1)
15-24	515	(7,2)	1.556	(8,1)
25-34	1.181	(16,4)	3.509	(18,4)
35-44	1.528	(21,3)	3.861	(20,2)
45-54	1.414	(19,7)	3.745	(19,6)
55-64	964	(13,4)	2.438	(12,8)
65+	1.466	(20,4)	3.404	(17,8)

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

² $p < 0,01$.

In LINH wordt voor patiënten die verwezen worden naar de fysiotherapie elk jaar een top tien gegeven van de meest voorkomende verwijsdiagnosen, zoals deze gesteld zijn door de huisarts. In tabel 5 wordt een overzicht gegeven van de meest voorkomende verwijsdiagnoses bij LiPZ-patiënten (n 6.417) die door de huisarts verwezen zijn ten opzichte van de top tien van de meest voorkomende verwijsdiagnoses bij de ziekenfondsverzekerde LINH-patiënten die naar de fysiotherapeut zijn doorverwezen in 2001 (n = 17.775). De eerste negen verwijsdiagnosen uit de top tien verwijsdiagnosen in de

LiPZ-populatie komen (hoewel in een andere volgorde) ook voor in de LINH-populatie. Ook de percentages komen vrij goed met elkaar overeen. Opvallend is dat de verwijsdiagnose ‘L83; afwijkingen cervicale wervelkolom’ in de LiPZ-populatie op de vierde plaats staat, terwijl deze in de LINH-populatie pas op de zevende plaats komt. In beide groepen patiënten komt de verwijsdiagnose ‘L03; lage rugpijn zonder uitstraling’ het meest frequent voor, maar in de LiPZ-populatie ligt het percentage ongeveer drie procent hoger. Het omgekeerde geldt voor de verwijsdiagnose ‘L86; lage rugpijn met uitstraling’. Beide verwijsdiagnosen samen komt zowel in de LiPZ-populatie als in de LINH-populatie bij ongeveer 20 procent van de patiënten voor.

Tabel 5: Top tien verwijsdiagnosen van huisartsen bij LiPZ-patiënten versus top tien verwijsdiagnosen van huisartsen bij LINH-patiënten¹

LiPZ	%	LINH	%
Top 10 verwijsdiagnosen	(n=6.417)	Top 10 verwijsdiagnosen	(n=17.775)
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	16,5	L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	13,0
L01; Nek symptomen/klachten ex N01	12,0	L01; Nek symptomen/klachten ex N01	12,2
L02; Rug symptomen/klachten	7,2	L02; Rug symptomen/klachten	7,1
L83; Afwijkingen cervicale wervelkolom	7,2	L86; Lage rugpijn met uitstraling	6,2
L08; Schouder symptomen/klachten	4,7	L08; Schouder symptomen/klachten	5,8
L92; Schoudersyndroom/PHS	4,6	L92; Schoudersyndroom/PHS	5,5
L99; Andere ziekten bewegingsapparaat	3,7	L83; Afwijkingen cervicale wervelkolom	4,1
L86; Lage rugpijn met uitstraling	3,4	L15; Knie symptomen/klachten	3,7
L15; Knie symptomen/klachten	3,2	L18; Spierpijn	3,3
L14; Been/dijbeen symptomen/klachten	2,6	L99; Andere ziekte bewegingsapparaat	2,7
Overig	34,9	Overig	36,4

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

Hoewel er zowel bij vergelijking met gegevens uit het onderzoek naar de beperkende maatregel als bij vergelijking met gegevens uit LINH verschillen zijn gevonden met de LiPZ-gegevens, zijn deze verschillen slechts klein en is er geen reden om te twijfelen aan de representativiteit van het LiPZ-netwerk op patiëntniveau.

Conclusie

LiPZ-praktijken liggen over alle landsdelen en negen van de 12 provinciën verspreid. De meer stedelijke gebieden zijn echter ondervertegenwoordigd. Uit analyses is gebleken dat de stedelijkheid niet van invloed is op het aantal zittingen en de behandelduur per behandelingsperiode. De verdeling van het aantal therapeuten werkzaam in de LiPZ-praktijken komt vrij goed overeen met de landelijke verdeling.

Wat betreft de representativiteit op therapeutniveau kan gezegd worden dat de LiPZ-fysiotherapeuten relatief iets meer direct patiëntgebonden uren in de week hebben. Wat betreft geslacht, leeftijd en jaar van afstuderen komen LiPZ-therapeuten goed overeen met de therapeuten uit de peiling fysiotherapie.

Op patiëntniveau zijn er zowel bij de vergelijking met gegevens uit het onderzoek naar de beperkende maatregel als met gegevens van LINH kleine verschillen gevonden in de leeftijd van de LiPZ-patiënten. LiPZ-patiënten zijn wat ouder dan de patiënten van de beperkende maatregel en LINH. Verder zijn LiPZ-patiënten vaker door de huisarts verwezen dan de patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel. Daarnaast zijn LiPZ-patiënten vergeleken met LINH-patiënten wat vaker vrouw. De top tien verwijsdiagnosen van de LiPZ-patiënten komt vrij goed overeen met die van de LINH-patiënten.