

Jaarboek LiPZ 2001

Deel 3: beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck

**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 90-6905-586-4

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

Inhoud

Voorwoord	5
Leeswijzer	7
Samenvatting en beschouwing	9
- inleiding	9
- resultaten	10
- relevantie van het LiPZ-netwerk	17
1 Inleiding	19
1.1 Inleiding	19
1.2 Achtergrond	19
1.3 Toepassingen LiPZ-netwerk en LiPZ-gegevens	21
1.4 Doelstelling LiPZ	22
1.5 Vaststelling basisonderzoeksvragen door Stuurgroep LiPZ	23
1.6 Fasering in de opbouw van het LiPZ-netwerk	24
2 Methode	27
2.1 Inleiding	27
2.2 Definiëring van de gegevens per basis onderzoeksvraag	27
2.3 Gegevensverzameling	29
2.3.1 Instroom van gegevens	29
2.3.2 Methode van gegevensverzameling	31
2.3.3 Kwaliteitscontrole	32
2.4 Patiëntenpopulatie LiPZ-project	32
2.4.1 Afbakening van de patiëntenpopulatie	33
2.4.2 Definiëring van de behandelaflevering	34
2.4.3 Verschillende subonderzoeksgroepen	34
2.5 Representativiteit LiPZ-project	38
2.6 Analyse	42

3	Resultaten	43
3.1	Inleiding	43
3.2	Beschrijving kenmerken van patiënten en verwijzing naar oefentherapie-Mensendieck	43
3.2.1	Patiëntkenmerken en indicatie VWS-lijst	44
3.2.2	Verwijzer naar oefentherapeutische zorg	45
3.2.3	Verwijsdiagnose	46
3.3	Beschrijving beroepsspecifieke diagnose	47
3.4	Beschrijving behandeling oefentherapeutische zorg	48
3.4.1	Aantal zittingen per afgeronde behandelingsperiode	49
3.4.2	Behandelduur per afgeronde behandelingsperiode	54
3.4.3	Prestatiecode	57
	Referenties	59
Bijlage 1:	Operationalisering variabelen opbouwfase LiPZ-project voor oefentherapie-Mensendieck	61
Bijlage 2:	Representativiteit oefentherapie-Mensendieck LiPZ-netwerk	69

Voorwoord

Onderliggend rapport beschrijft de resultaten uit de opbouwfase van het project 'Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg' (LiPZ) voor de beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck. Voor de beroepsgroepen fysiotherapie en oefentherapie Cesar wordt verwezen naar 'Deel 1: beroepsgroep fysiotherapie' en 'Deel 2: beroepsgroep oefentherapie Cesar'.

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. Salzmann;

namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:

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

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

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

namens het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie:

- drs. P. van der Wees;

- dhr. B. de Berg;

namens de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck:

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

- mw. M.B. Schulte;

namens de Vereniging Bewegingsleer Cesar:

- mw. drs. H.C. Hasper;

namens de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen

Ambtenaren:

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

namens Zorgverzekeraars Nederland:

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

namens het College Tarieven Gezondheidszorg (adviseur):

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

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

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

Utrecht, december 2002

Leeswijzer

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

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

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

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

Samenvatting en beschouwing

Inleiding

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

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

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

Tijdens de opbouwfase van het LiPZ-netwerk is de LiPZ-module ontwikkeld. Dit is een module die geïntegreerd is in de bestaande praktijksoftware.

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

Resultaten

Patiëntenpopulatie

In de opbouwfase van het LiPZ-netwerk zijn er van 2.031 ziekenfonds-verzekerde patiënten met een reguliere behandeling oefentherapie-Mensendieck zorggerelateerde gegevens verzameld. De gegevens zijn verzameld door 22 oefentherapeuten-Mensendieck die verdeeld over 19 praktijken werkzaam zijn en minimaal vier maanden geregistreerd hebben. De gemiddelde registratieperiode van de deelnemende praktijken bedraagt 11,8 maanden. Omdat LiPZ-praktijken geleidelijk zijn ingestroomd in het netwerk varieert de registratieperiode van vijf tot 16 maanden.

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

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

De groep van patiënten met een verwijfsdatum in 2001 (n = 1.228) kan beschouwd worden als een doorsnede van de patiëntenpopulatie van de oefentherapeut-Mensendieck. Patiënten met een langdurige behandelingsperiode (al dan niet aangevangen en/ of afgesloten tijdens de registratieperiode) (n =

292) vormen een subgroep van deze ‘doorsnede’. Deze groep van patiënten is de groep die aanspraak doet of heeft gemaakt op langdurige zorg. Voor een deel zal deze groep bestaan uit patiënten met chronische klachten en voor een deel uit patiënten met niet-chronische klachten bij wie een goede lichaamshouding en -beweging aangeleerd moet worden. Het aanleren van een goede lichaamshouding en -beweging is een belangrijk uitgangspunt in de behandeling van de oefentherapeut-Mensendieck (1) en neemt een langer tijdsbestek in beslag. Let wel, binnen de groep patiënten met een langdurige behandeling 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 = 831), in dit rapport aangeduid als ‘afgeronde behandelingsperiode’. Bij de interpretatie van de gegevens van deze laatste categorie van patiënten dient men voor ogen te houden dat in de opbouwfasen van het LiPZ-netwerk relatief veel korte behandelingsperiodes zijn verzameld. Dit komt doordat het LiPZ-netwerk relatief ‘jong’ is. Voor het verzamelen van gegevens over langdurige, afgeronde behandelingsperiodes is een (veel) langere registratieperiode nodig. Concreet betekent dit binnen de groep van patiënten met een afgeronde behandelingsperiode dat patiënten met een kortere behandelingsperiode zijn oververtegenwoordigd. Met name bij de interpretatie van het gemiddeld aantal zittingen per behandelingsperiode en de behandelingsduur daarvan dient men hiermee rekening te houden. Dit fenomeen treedt overigens op in elk registratieproject.

Patiëntkenmerken

Uit de LiPZ-gegevens blijkt dat het merendeel van de groep patiënten, die in 2001 verwezen is naar een oefentherapeut-Mensendieck, vrouw is (75,2%). Ongeveer driekwart is ouder dan 25 jaar en bijna vijf procent is ouder dan 65 jaar. De leeftijdsverdeling van patiënten met een afgeronde behandelingsperiode wijkt nauwelijks af van de leeftijdsverdeling van patiënten die verwezen zijn in 2001. Wat betreft het geslacht ligt het percentage vrouwen in de eerste groep patiënten iets lager. Patiënten met een langdurige behandelingsperiode (langer dan zes maanden) zijn vaker dan de overige patiënten van het vrouwelijke geslacht en iets ouder.

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

de criteria van deze lijst (lijstpatiënten genoemd), worden hiervan uitgezonderd, voor hen zijn de aanspraken op vergoedingen niet of veel minder beperkt.

De groep patiënten met een verwijsdatum in 2001 bestaat vooral uit niet-lijstpatiënten (94,3%). Bij de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode ligt het percentage niet-lijstpatiënten iets hoger namelijk 95,4%. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het al eerder genoemde feit dat in de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode patiënten met een korte behandel-episode relatief veel voorkomen.

Ook in de groep patiënten met een langdurige behandeling is het percentage niet-lijstpatiënten hoog, namelijk 84,6%. Kennelijk worden in de huidige praktijken voor oefentherapie-Mensendieck ook niet-lijstpatiënten langdurig (langer dan 6 maanden) behandeld. Dit betekent dat het onderscheid tussen lijst- en niet-lijstpatiënten niet zondermeer samenvalt met het onderscheid tussen langdurige en niet-langdurige therapie. Het uitgangspunt van oefentherapie-Mensendieck -het bereiken en bestendigen van een gedragsverandering- zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de langdurige behandeling van niet-lijstpatiënten. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat onder niet-lijstpatiënten ook patiënten met chronische klachten voorkomen. Waarschijnlijk zijn beide verklaringen geldig. In een volgende rapportage zullen we hierop terugkomen.

Verwijzing

Over het algemeen worden patiënten die verwezen zijn in 2001 door een huisarts verwezen naar oefentherapie-Mensendieck (84,4%). Als er sprake is van een verwijzing door een medisch specialist is dat vaak een neuroloog of orthopeed. Bij patiënten met een afgeronde behandel-episode liggen de percentages vrijwel hetzelfde. Patiënten met een langdurige behandel-episode worden relatief minder vaak door een huisarts verwezen (78,4%). Naast neurologen en orthopeden verwijzen ook reumatologen deze laatste groep redelijk vaak naar oefentherapie-Mensendieck. Het hogere percentage verwijzingen door medisch specialisten in de groep van patiënten met een langdurige behandel-episode 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 medisch specialist is gedaan.

Bij de verwijzing van een patiënt naar de oefentherapeut-Mensendieck 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 oefentherapie-Mensendieck. In alle onderscheiden groepen komen de verwijsdiagnosen ‘lage rugpijn zonder uitstraling’ en ‘symptomen/klachten rug’ 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 44,4% en 16,3%. In deze groep komt de verwijsdiagnose ‘lage rugpijn zonder uitstraling’ het meest voor (21,0%). Ook ‘hyperventilatie’ komt redelijk frequent voor (5,3%). De volgorde en percentages van de tien meest voorkomende verwijsdiagnosen van patiënten met een afgeronde behandelingsperiode wijkt nauwelijks af van de top tien van de patiënten die in 2001 verwezen zijn.

De top tien van verwijsdiagnosen van patiënten met een langdurige behandelingsperiode laat een iets ander beeld zien. In deze groep is de meest voorkomende verwijsdiagnose ‘symptomen/ klachten rug’ (15,2%). De vier meest voorkomende verwijsdiagnosen komen eveneens voor in de top vier van verwijsdiagnosen bij patiënten met een verwijzingsdatum in 2001, echter wel in een andere volgorde. Slechts drie verwijsdiagnosen uit de top tien van verwijsdiagnosen bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode komen niet voor in de top tien van patiënten met een verwijzingsdatum in 2001. Dit zijn de verwijsdiagnosen ‘ziekte van Parkinson’ (3,5%), ‘spierpijn (inclusief fibromyalgie)’ (3,1%) en ‘reumatoïde artritis’ (3,1%).

Beroepsspecifieke diagnosecode

De beroepsspecifieke diagnosecode van de oefentherapie-Mensendieck bestaat uit vier algemene dimensies: kernprobleem, beperkingen, belasting-belastbaarheid en complicerende factoren. Daarnaast zijn er twee dimensies specifiek voor ieder kernprobleem. Een indeling van patiënten naar het kernprobleem uit de diagnosecodering laat zien dat ongeveer een kwart van de groep patiënten met een verwijzingsdatum in 2001 of een afgeronde behandelingsperiode met het kernprobleem ‘schoudergordelproblematiek’ bij de oefentherapie-Mensendieck komt. Onder schoudergordelproblematiek worden tevens klachten met betrekking tot nek, cervicale wervelkolom, hoofd en hals verstaan. Ook ‘lage rugpijn met uitstraling’ en ‘lage rugpijn zonder uitstraling’ komen veelvuldig voor (beiden ruim 14%).

Patiënten met een langdurige behandelingsperiode komen eveneens het vaakst met ‘schoudergordelproblematiek’ bij de oefentherapeut, het percentage ligt echter lager (21,6%). Daarnaast komen binnen deze groep de beroepsspecifieke diagnosecodes ‘thoracale problematiek’, ‘lage rugpijn met uitstraling’

en 'totale wervelkolom problematiek' relatief vaak voor (respectievelijk 12,2%, 11,5% en 11,5%).

In het huidige onderzoek is gekozen om te rapporteren over de kernproblemen uit de diagnosecodering. In een meer verdiepende studie kan eventueel onderzocht worden in hoeverre het rapporteren van uitsluitend kernproblemen toereikend is voor de diagnoseomschrijving.

Behandeling

Het gemiddeld aantal zittingen voor patiënten met een afgeronde behandel-episode bedraagt 9,4 (\pm 5,3). Bijna 30 procent van deze patiënten heeft zeven tot negen zittingen gehad. Tevens is een groot deel vier tot zes keer behandeld (22,1%). Van de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode heeft 0,6 procent een consult gehad. Dit percentage consulten 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 oefentherapeuten-Mensendieck. 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 lage percentage consulten in de praktijk voor oefentherapie-Mensendieck.

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

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

Bij ongeveer 90 procent van de patiënten met een afgeronde behandel-episode wordt de behandel-episode binnen zes maanden afgesloten met maximaal 18 zittingen. Bij 5,6 procent van de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode bestaat de behandel-episode uit meer dan 18 zittingen. Van ruim de helft van deze groep is de behandel-episode niet binnen zes maanden afgerond. De meerderheid van de patiënten met een langdurige afgeronde behandeling ontvangt minder dan 19 zittingen. Dit betekent dat de zittingen over de tijd gespreid worden. Deze constatering komt overeen met de doelstelling van oefentherapeuten-Mensendieck, het aanleren van een goede lichaamshouding en -beweging en deze toepassen in de activiteiten van het dagelijks leven (1). Het bereiken van deze doelstelling neemt uiteraard een langer tijdsbestek in beslag.

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

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

De verschillen in het gemiddeld aantal zittingen per verwijsdiagnose zijn gering binnen de tien meest voorkomende verwijsdiagnosen. Het gemiddeld aantal zittingen loopt uiteen van 7,4 (\pm 4,4) (‘functiebeperking/ handelingen ten gevolge van zwangerschap’) tot 11,5 (\pm 6,3) (‘lage rugpijn met uitstraling’). Bij uitsplitsing van het gemiddeld aantal zittingen naar kernprobleem van de beroepsspecifieke diagnosecode zijn de verschillen groter. Het kernprobleem ‘neurologische problematiek’ heeft gemiddeld het meeste aantal zittingen (12,3 \pm 7,0) en het kernprobleem ‘bekkengordel-anders’ heeft gemiddeld het minst aantal zittingen (6,9 \pm 3,7). De mediaan loopt uiteen van vijf tot 12 zittingen. Kennelijk heeft het kernprobleem uit de diagnose-codering meer ‘voorspellende’ waarde voor de omvang van de behandeling

dan de top tien van verwijfsdiagnosen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het kernprobleem van de patiënt de belangrijkste verklarende factor is voor het aantal zittingen per behandelingsperiode (3).

Patiënten met een afgeronde behandelingsperiode hebben een gemiddelde behandelingsduur per behandelingsperiode van 12,7 (\pm 8,8) weken. Ruim 40 procent van deze patiënten is langer dan drie maanden onder behandeling. Ongeveer een kwart van de patiënten is korter dan zes weken onder behandeling. De behandelingsduur van patiënten met een langdurige behandelingsperiode ligt - uiteraard - aanzienlijk hoger (32,1 \pm 6,2 weken). Evenals bij het gemiddeld aantal zittingen is ook dit waarschijnlijk een onderschatting van de gemiddelde behandelingsduur. Geslacht, leeftijd en verwijfszeker hebben geen statistisch significante invloed op de behandelingsduur.

De behandelingsduur voor de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen loopt uiteen van 9,3 (\pm 7,3) weken ('functiebeperking/ handelingen ten gevolge van zwangerschap') tot 14,6 (\pm 8,4) weken ('syndromen cervicale wervelkolom'). Wat betreft de kernproblemen van de beroepsspecifieke diagnosecodering is de range iets groter. Het kernprobleem 'ander kernprobleem' heeft gemiddeld de kortste behandelingsduur (9,1 \pm 3,8 weken) en het kernprobleem 'psychische problematiek' heeft gemiddeld de langste behandelingsduur (15,7 \pm 9,3 weken).

Over het algemeen worden de behandelingen van patiënten die verwezen zijn in 2001 gedeclareerd als 'reguliere zitting oefentherapie-Mensendieck zonder toeslag' (96,6%). Ruim drie procent wordt gedeclareerd als 'zitting oefentherapie-Mensendieck met toeslag voor uitbehandeling'. Behandelingen van patiënten met een langdurige behandelingsperiode worden vaker gedeclareerd als een zitting met toeslag voor uitbehandeling (10,6%). In alle onderzoeksgroepen hebben er in verhouding tot het grote aantal reguliere zittingen niet of nauwelijks declaraties plaatsgevonden voor zittingen in een instelling, voor groepsbehandelingen en voor consulten. Groepsbehandelingen zijn reeds enkele jaren geleden ingevoerd, maar kennelijk wordt het niet veel toegepast. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat er om voor groepsbehandelingen in aanmerking te komen specifieke eisen aan onder andere de praktijkruimte worden gesteld.

Relevantie van het LiPZ-netwerk

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

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

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

1 Inleiding

1.1 Inleiding

Dit rapport beschrijft de resultaten uit de opbouwfase van het project ‘Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg’ (LiPZ). Het LiPZ-project is opgezet naar aanleiding van conclusies uit de ‘Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg’ (4). Eén van deze conclusies was dat er behoefte is aan een continue registratie van zorggerelateerde paramedische gegevens. Deze conclusie heeft geleid tot het uiteindelijke doel van het LiPZ-project: ‘een continue aanlevering van zorggerelateerde gegevens over de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck’. Zoals later in het rapport beschreven staat, is er in verband met de complexiteit een fasering in het LiPZ-project aangebracht. In de eerste fase (de opbouwfase) worden alleen basale gegevens uit het elektronische declaratieverkeer tussen therapeuten en zorgverzekeraars van de drie beroepsgroepen verzameld. In de tweede fase worden daar aanvullende gegevens aan toegevoegd. Onderliggend rapport beschrijft uitsluitend gegevens uit de opbouwfase van het LiPZ-project en bevat de eerste basale gegevens van de beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck. De resultaten van de opbouwfase van de beroepsgroepen fysiotherapie en oefentherapie Cesar staan respectievelijk in ‘Deel 1: beroepsgroep fysiotherapie’ en ‘Deel 2: beroepsgroep oefentherapie Cesar’.

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 (4). 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

(5). Voor oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck is een soortgelijk project uitgevoerd, maar ook dit project heeft al enige tijd geleden plaatsgevonden (6). 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 (4). 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 (4). Eén van de conclusies van deze pilot was dat er, naast de bestaande informatiestromen, behoefte is aan een continue registratie van gegevens met betrekking tot zorg- en preventiebeleid en gegevens met betrekking tot het verzekerings- en financieringsbeleid. De verkregen gegevens kunnen niet alleen gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering van de gegeven zorg, maar ook voor het beantwoorden van beleidsvragen. Om die reden werd er in het rapport gepleit voor de totstandkoming van een landelijk informatienetwerk in de vorm van zogenaamde peilstations. Via een landelijk representatief netwerk van peilstations kan een relatief smalle stroom van beleidsrelevante gegevens van hoge kwaliteit op continue basis aangeleverd worden. Daarnaast kan de

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 (4).

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 (7). Met behulp van dit systeem kan worden voorzien in de behoefte aan actuele, beleidsrelevante informatie, waarmee vragen over de paramedisch zorg beantwoord kunnen worden (4). 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 (4). 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 driedelig doel.

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

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

Dit rapport heeft betrekking op het derde doel, namelijk de rapportage over de opbouwfase van het LiPZ-project. De basisgegevens die hierin verzameld zijn, geven een antwoord op de basisonderzoeksvragen en vormen een afspiegeling van het paramedisch handelen van de extramurale fysiotherapie, oefen therapie Cesar en oefen therapie-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 (4). Deze Stuurgroep had als belangrijkste taak het opstellen van de basisonderzoeksvragen die door het LiPZ-netwerk beantwoord moeten worden.

Stuurgroep

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

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

Basionderzoeksvragen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Basisvraag 5 Wat is het resultaat van de behandeling?

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

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

1.6 Fasering in de opbouw van het LiPZ-netwerk

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

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

In eerste instantie (in de opbouwfase) hebben de LiPZ-praktijken alleen gegevens verzameld die, zonder aanpassing in de praktijksoftware, gefilterd kunnen worden uit het declaratieverkeer tussen zelfstandig declarerende paramedici en zorgverzekeraars. De declaratiebestanden zijn opgebouwd volgens de standaard 'Externe Integratie Declaraties Paramedische Hulp' (8). 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. Voor de beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck betreft het gegevens over de diagnose, zoals die door de verwijzer gesteld is, en gegevens over de diagnose die door de oefentherapeut is vastgesteld (beroepsspecifieke diagnosecode).

2 Methode

2.1 Inleiding

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

2.2 Definiëring van de gegevens per basisonderzoeksvraag

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

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

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

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

De diagnosegerelateerde vraagstelling (vraag 3) wordt in de opbouwfase beantwoord aan de hand van de beroepsspecifieke diagnosecode. Wat betreft oefentherapie-Mensendieck bestaat deze diagnosecodering uit vier algemene dimensies: kernprobleem, beperkingen, belasting-belastbaarheid en complicerende factoren. Daarnaast zijn er twee dimensies specifiek voor ieder kernprobleem.

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

Voor vraagstelling vijf, die betrekking heeft op het resultaat van de zorg, zijn in de opbouwfase gegevens verzameld met betrekking tot de reden van het einde van de zorg. Deze gegevens zijn echter vaak niet correct, pas na de laatste declaratie of helemaal niet ingevuld. Hierdoor is er slechts bij een klein percentage van de patiënten een reden voor het einde van de zorg bekend (6,7% van de patiënten met een afgeronde behandelingsperiode). Daarnaast kan het voorkomen dat een oefentherapeut invult dat een patiënt nog niet uitbehandeld is, terwijl dit officieel wel het geval is. Als ingevuld wordt dat een patiënt nog niet uitbehandeld is, blijft de mogelijkheid open om bij een recidief onder dezelfde reeks behandelingen verder te gaan. Met name als de machtiging voor de eerste 18 behandelingen nog niet geheel verbruikt is, zou dit het geval kunnen zijn. Als een patiënt echter niet terugkeert, wordt dit in het declaratieverkeer niet meer aangepast, waardoor de patiënt als ‘nog niet uitbehandeld’ in het systeem blijft staan. Gezien deze twee beperkingen vormen de LiPZ-gegevens in de opbouwfase geen goede indicatie voor de

¹ Bij de invoering van de beperkende maatregel is vastgelegd dat de standaardpakketpolis van ziekenfondsverzekerden per jaar per indicatie 18 zittingen voor oefentherapie-Mensendieck bevat. Bij een derde van de zorgverzekeraars kan via de aanvullende verzekering een uitbreiding van deze 18 zittingen plaatsvinden. Patiënten met een aandoening die voorkomt op de VWS-lijst kunnen aanspraak maken op meer dan 18 zittingen (9).

² Onder een behandelingsperiode worden alle contacten die onder dezelfde verwijfsdiagnose en verwijfsdatum vallen, verstaan.

reden waarom de zorg is beëindigd. Daarom zullen hierover in dit rapport geen cijfers gepubliceerd worden. In fase twee wordt een aanvullende vraag in de LiPZ-module opgenomen, waardoor er meer duidelijkheid komt omtrent de reden tot afsluiting en het resultaat van de behandeling.

2.3 Gegevensverzameling

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

2.3.1 *Instroom van gegevens*

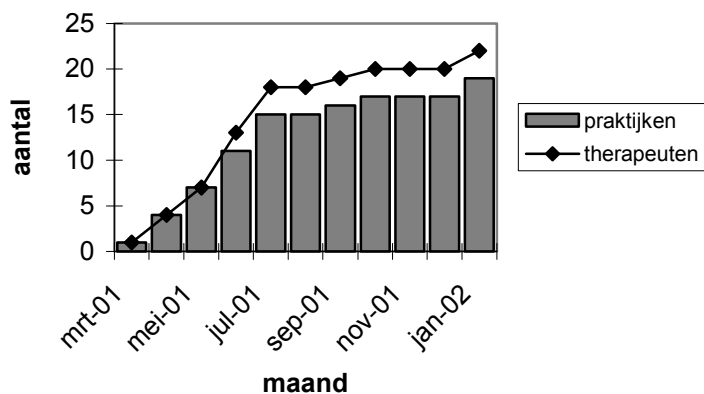
De werving van praktijken is gedaan door middel van steekproeven uit het ledenbestand van de NVOM. Aanvullend zijn in vaktijdschriften publicaties verschenen om therapeuten te informeren over het LiPZ-project. Bij de werving van praktijken heeft er een stratificatie plaatsgevonden naar regio en praktijk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

Praktijken die bereid waren om als LiPZ-station te fungeren, zijn in de opbouwfase van het LiPZ-project gedurende de periode maart 2001 tot januari 2002 ingestroomd in het LiPZ-netwerk. In totaal hebben er in deze periode 25 oefentherapeuten-Mensendieck verspreid over 19 praktijken deelgenomen aan het LiPZ-project. Hiervan voldoen 22 therapeuten verspreid over 19 praktijken aan de gestelde criteria. De gegevens van deze therapeuten zijn in deze rapportage gebruikt. In figuur 2.1 staat deze laatste groep per maand afgebeeld. Zichtbaar is dat er met name in de periode maart 2001 tot en met juli 2001 een sterke groei van het netwerk heeft plaatsgevonden. De gemiddelde duur (\pm standaarddeviatie) van de registratieperiode bedraagt 11,8

³ Therapeuten declareren maandelijks hun zittingen elektronisch bij de ziektekostenverzekeraars.

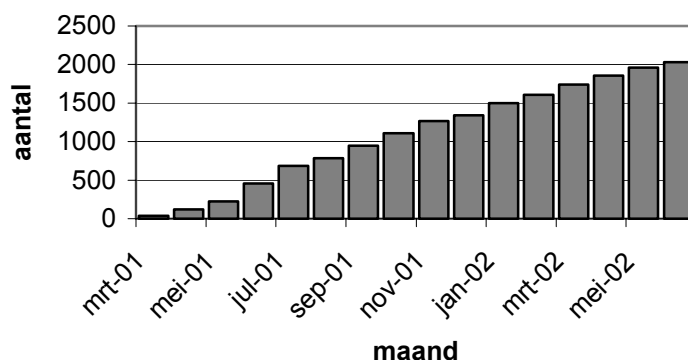
(± 3,2) maanden. Door de geleidelijke instroom van praktijken varieert de duur van de registratieperiode van vijf tot 16 maanden.

Figuur 2.1: Het aantal praktijken en therapeuten oefentherapie-Mensendieck die minimaal vier aaneengesloten maanden geregistreerd hebben ten behoeve van het LiPZ-netwerk vanaf maart 2001



De geleidelijke instroom van praktijken heeft gevolgen voor de patiënteninstroom. Op het moment dat er een praktijk instroomt, stromen namelijk alle ziekenfondsverzekerde patiënten in die op dat moment in de betreffende praktijk onder behandeling zijn. Dit geeft een grote stijging van het aantal patiënten in de LiPZ-database, waardoor er geen stabiele instroom van patiënten is. Naarmate de registratieperiode langer duurt en er geen nieuwe praktijken instromen, 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 2.031 patiënten reguliere oefentherapie-Mensendieck gegevens geregistreerd.

Figuur 2.2: Het aantal patiënten oefentherapie-Mensendieck vanaf maart 2001



2.3.2 Methode van gegevensverzameling

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

Enkele gegevens die in paragraaf 2.2 genoemd staan, kunnen niet uit het declaratieverkeer gefilterd worden (niet-VEKTIS-gegevens). Dit zijn de gegevens met betrekking tot de verwijdsdiagnose en de beroepsspecifieke diagnosecode. Deze niet-VEKTIS-gegevens zijn op een apart formulier (diagnoseformulier) middels keuzemenu's door de deelnemende therapeuten ingevuld en vervolgens aangeleverd. Voor de verwijdsdiagnose 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 beroepsspecifieke diagnosecode zijn rechtstreeks de codes aangeleverd. Middels handmatige invoer zijn de gegevens in de centrale LiPZ-database ingevoerd.

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

2.3.3 *Kwaliteitscontrole*

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

De eerste controle betreft een gestandaardiseerde kwaliteitscontrole met behulp van speciaal ontwikkelde LiPZ-software. Middels deze LiPZ-software is er gecontroleerd op onjuiste of niet ingevulde waarden van de variabelen. Deze LiPZ-controle-software maakt na het controleren een accoord-, een fouten- en een log-bestand. Het accoordbestand gaat naar de LiPZ-database. Het foutenbestand bevat alle records met een fout. Aan de hand van het logbestand kan achterhaald worden welke fouten er aanwezig waren. Als er onjuistheden 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 naar 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 behandelperiode 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 één praktijk voor oefentherapie-Mensendieck met een korte registratieperiode (vijf maanden) die geen enkel diagnoseformulier heeft aangeleverd, deze gegevens worden wel meegenomen in de analyse.

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 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 verwijzdatum van de behandelperiode na de start van de registratieperiode van de praktijk** ligt. Bovendien moet er een verwijzdiagnose 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 dagen⁴ geen behandelcontacten** heeft gehad.

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

2.4.3 *Verschillende subonderzoeksgroepen*

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

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

laatste indeling zal gebruikt worden ter beantwoording van alle basisonderzoeksvragen.

Indeling op basis van de registratieperiode van de praktijk

Zoals in paragraaf 2.3.1 beschreven staat, komen er op het moment dat een praktijk start met het LiPZ-project, gegevens binnen van alle ziekenfonds-verzekerde 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. Ruim tweederde van de 2.031 reguliere patiënten oefentherapie-Mensendieck is na de start van de registratieperiode met de behandeling begonnen. Van de totale groep is eenderde 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 842 patiënten (41,5%). De groep waarvan de start van de behandelingsperiode voor de registratieperiode ligt en de behandeling nog niet beëindigd is, bestaat uit 135 patiënten (6,6%).

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

	Reeds in behandeling		Nieuwe patiënten		Totaal	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Niet uitbehandeld	^a 135	(6,6)	^c 535	(26,3)	670	(33,0)
Uitbehandeld	^b 519	(25,6)	^d 842	(41,5)	1.361	(67,0)
Totaal	654	(32,2)	1.377	(67,8)	2.031	(100,0)

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

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

1. Verwijfsdatum in 2001

Een indeling op basis van het jaar waarin de verwijfsdatum heeft plaatsgevonden (de verwijfsdatum), maakt het mogelijk om gegevens van verschillende jaren op een eenvoudige wijze met elkaar te vergelijken. In dit rapport wordt over de groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001 gerapporteerd. Deze groep patiënten kan als een dwarsdoorsnede van de patiëntenpopulatie van de oefentherapeut-Mensendieck beschouwd worden. Het aantal patiënten in deze groep bedraagt 1.228.

2. Afgeronde behandel-episodes

Voor het bepalen van de omvang van een behandel-episode (het aantal zittingen en de behandel-duur) zijn de gegevens gebruikt van de groep patiënten met een afgeronde behandel-episode. Tot deze groep behoren de patiënten van wie zowel de begindatum als de einddatum binnen de registratieperiode van de praktijk vallen (zie groep d in tabel 2.1) én van wie een verwijfsdiagnose bekend is. Het aantal patiënten met een afgeronde behandel-episode is 831.

3. Langdurige behandel-episodes

In plaats van een differentiatie naar lijst- en niet-lijstpatiënten -welke voort komt uit het financieringsstelsel-, ging de voorkeur van de Stuurgroep uit naar een differentiatie op inhoudelijke grond. Daarom wordt er in de resultaten gerapporteerd over de groep patiënten met een langdurige behandel-episode. Deze groep van patiënten is de groep die aanspraak doet of heeft gemaakt op langdurige zorg. Onder een langdurige behandel-episode wordt een behandel-episode verstaan die minimaal zes maanden duurt, waarbij geen rekening wordt gehouden met het aantal zittingen dat een patiënt gehad heeft. Door 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 292 patiënten met een langdurige behandel-episode.

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

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

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

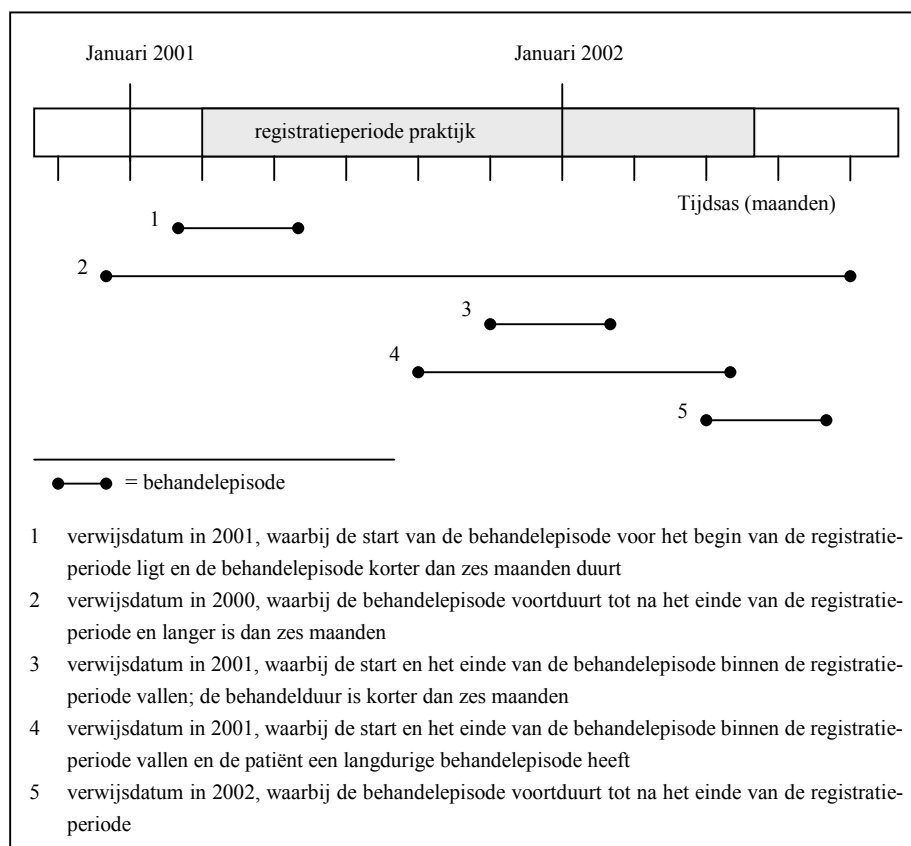
Patiënt 2 behoort alleen tot de groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode. Zijn verwijfsdatum ligt in 2000 en de behandelingsperiode is niet afgerond.

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

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

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

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



2.5 Representativiteit LiPZ-project

In deze paragraaf wordt een samenvatting gegeven van de representativiteit van het LiPZ-netwerk voor de beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck. 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 oefentherapie-Mensendieck. Om de representativiteit van de gegevens op

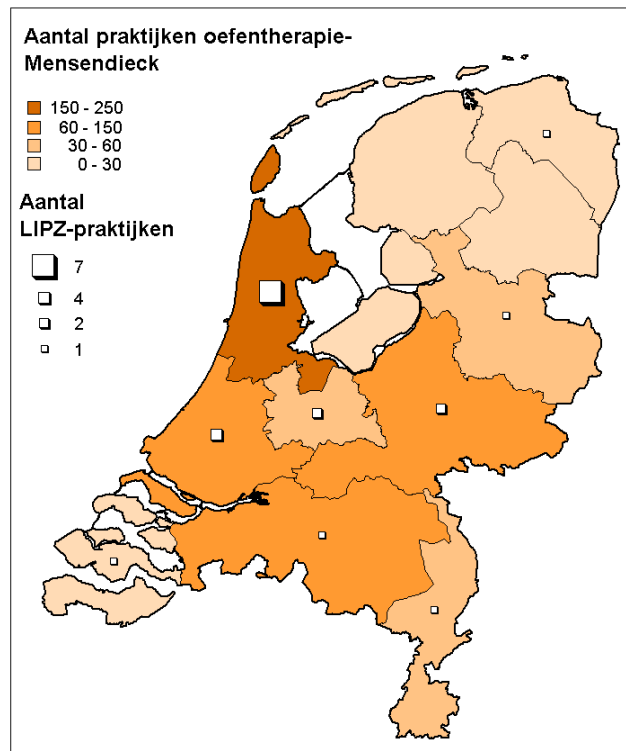
voorhand zoveel mogelijk te waarborgen, heeft er een gestratificeerde steekproef plaatsgevonden. Zoals in paragraaf 2.3.1 reeds vermeld staat, zijn de praktijken namelijk zodanig geselecteerd dat wordt gewaarborgd dat de samenstelling van het LiPZ-netwerk, qua praktijkgrootte en landelijke spreiding, een afspiegeling is van de landelijke groep extramuraal werkende oefentherapeuten-Mensendieck.

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 19 praktijken voor oefentherapie-Mensendieck gedurende minimaal vier maanden gegevens geregistreerd. Ongeveer 70 procent van deze praktijken betreft een groepspraktijk. De LiPZ-praktijken liggen goed verspreid over Nederland (zie figuur 2.4).

Figuur 2.4: Spreiding van LiPZ-praktijken voor oefentherapie-Mensendieck over Nederland



Uit de vergelijking met het ledenbestand van de NVOM blijkt dat verdeling van de LiPZ-praktijken over de regio's noord, oost, zuid en west goed overeenkomt met de landelijke verdeling (zie tabel 1 in bijlage 2). Ook de indeling wat betreft mate van verstedelijking komt redelijk overeen. Wel zijn er iets meer LiPZ-praktijken in de sterk stedelijke gebieden en iets minder in de niet stedelijke en zeer stedelijke gebieden. Wat betreft het aantal groepspraktijken, blijkt uit de vergelijking dat het LiPZ-netwerk relatief gezien meer groepspraktijken bevat dan het ledenbestand (68,4% ten opzichte van 30,1%; $p < 0,01$).

Therapeutniveau

In totaal hebben er 22 oefentherapeuten-Mensendieck minimaal vier maanden geregistreerd voor het LiPZ-project. Van deze groep is ongeveer 95 procent van het vrouwelijke geslacht. De grootste groep valt binnen de leeftijdscategorie 36 tot 45 jaar (36,4%). Van de oefentherapeuten is bijna de helft tussen 1980 en 1989 afgestudeerd en eveneens de helft werkt tussen de 20 en 30 uur per week.

De LiPZ-gegevens zijn vergeleken met de therapeuten uit het ledenbestand van de NVOM. Wat betreft leeftijd, geslacht en soort verwijzer zijn er slechts kleine verschillen tussen de LiPZ-therapeuten en de therapeuten uit het ledenbestand. Wel werkt een groter deel van LiPZ-therapeuten tussen de 20 en 30 uur (zie tabel 2 in bijlage 2). Dit is echter geen statistisch significant verschil.

Patiëntniveau

Bij vergelijking van de patiëntkenmerken van LiPZ-patiënten met de kenmerken van patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel (2) en patiënten uit LINH (11) zijn er slechts kleine verschillen gevonden wat betreft leeftijd (zie tabel 3 en 4 in bijlage 2). Wel worden LiPZ-patiënten vaker door een huisarts verwezen dan de patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel. Daarnaast bevat het LiPZ-netwerk significant meer vrouwelijke patiënten dan het LINH-netwerk. Het LiPZ-netwerk wijkt wat betreft geslacht niet significant af van het onderzoek naar de beperkende maatregel. LINH geeft ieder jaar de tien meest voorkomende verwijsdiagnosen van patiënten die verwezen worden naar de oefentherapie-Mensendieck. De eerste drie diagnoses komen overeen met de drie meest voorkomende diagnoses bij LiPZ-patiënten (zie tabel 5 in bijlage 2). Uit analyses is gebleken dat het geslacht en de verwijzer niet significant van invloed zijn op het aantal zittingen en de behandelduur.

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

2.6 Analyse

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

De kenmerken van de onderzoekspopulatie zijn met behulp van frequentieverdelingen beschreven aan de hand van de variabelen die in het onderzoek zijn meegenomen. Wat betreft de verwijzer worden er specificaties weergegeven van de meest voorkomende medisch specialisten. Hierbij geldt de restrictie dat de betreffende groep medisch specialisten uit minimaal vijf procent van de totale groep medisch specialisten bestaat. Bij de beschrijving van de verwijzdiagnose worden de tien meest voorkomende diagnoses genoemd. Wat betreft de beroepsspecifieke diagnosecode staan de kernproblemen weergegeven.

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

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

Tot slot is het gemiddeld aantal zittingen en de gemiddelde behandelduur uitgesplitst voor de tien meest voorkomende verwijzdiagnosen en voor de kernproblemen van de beroepsspecifieke diagnosecode.

3 Resultaten

3.1 Inleiding

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

De resultaten in dit hoofdstuk hebben betrekking op de beroepsgroep oefen-therapie-Mensendieck. De gegevens zijn gefilterd uit het declaratieverkeer en betreffen alleen ziekenfondsverzekerde patiënten met een reguliere behandeling, een groepsbehandeling of een consult uit praktijken die minimaal vier 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 bekende behandelingsperiode en de groep patiënten met een langdurige behandelingsperiode (langer dan zes maanden).

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

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 patiëntkenmerken en gegevens betreffende de VWS-lijst staan weer-gegeven in tabel 3.1. De groep patiënten die verwezen is in 2001 bestaat voor driekwart uit vrouwen. Ongeveer een kwart is jonger dan 25 jaar en bijna de helft van de patiënten is tussen de 25 en 45 jaar oud. Ruim tien procent is ouder dan 55 jaar. Van de groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001 is ruim vijf procent lijstpatiënt (ofwel ruim vijf procent heeft een aandoening die voorkomt op de lijst met chronische of intermitterende therapie). De groep patiënten met een afgeronde behandel-episode stemt qua patiëntkenmerken redelijk overeen met de groep die verwezen is in 2001. Patiënten met een langdurige behandeling zijn relatief vaker lijstpatiënt dan de patiënten in de overige groepen (15,4% ten opzichte van ongeveer 5%). Daarnaast bevat deze groep relatief meer vrouwen en de patiënten zijn over het algemeen ouder. Hoewel de groep patiënten met een langdurige behan-deling meer lijstpatiënten bevat dan de overige subonderzoeksgroepen, heeft de meerderheid van de patiënten die langdurig onder behandeling zijn, geen aandoening die voorkomt op de VWS-lijst.

Tabel 3.1: Patiëntkenmerken van 3 groepen ziekenfondsverzekerde patiën-ten oefentherapie-Mensendieck

		Verwijsdatum in 2001	Afgeronde behandelepisode	Langdurige behandel-episode (> 6 maanden)
		% (n=1.228)	% (n=831)	% (n=292)
Geslacht	Mannelijk	24,8	27,9	20,9
	Vrouwelijk	75,2	72,1	79,1
Leeftijd	0-14 jr	4,9	3,9	7,2
	15-24 jr	19,8	21,4	14,0
	25-34 jr	26,3	27,3	20,5
	35-44 jr	20,3	19,9	18,2
	45-54 jr	16,8	16,4	20,2
	55-64 jr	7,7	7,6	11,0
	65-74 jr	3,3	2,9	5,1
	>75 jr	1,0	0,7	3,8
Voorkomen op VWS-lijst	Lijst patiënten	5,7	4,6	15,4
	Niet-lijstpatiënten	94,3	95,4	84,6

3.2.2 Verwijzer naar oefentherapeutische zorg

In tabel 3.2 staat weergegeven door wie patiënten worden verwezen naar de oefentherapie-Mensendieck. Daarbij staan specificaties weergegeven van de groep medisch specialisten. In de onderzoekspopulatie patiënten met een verwijfsdatum in 2001 wordt 84,4 procent verwezen door de huisarts. Indien patiënten zijn doorverwezen door een medisch specialist (15,3%), is dat vaak door een neuroloog of orthopeed. Daarnaast is ruim de helft van de verwijzingen door medisch specialisten niet nader gespecificeerd.⁵ Bij de patiënten met een afgeronde behandel-episode wijkt de verdeling over huisartsen en medisch specialisten nauwelijks af van de verdeling bij patiënten met een verwijfsdatum in 2001. Patiënten met een langdurige behandel-episode worden vaker door een medisch specialist verwezen (21,6%) dan patiënten in de overige groepen. De meest voorkomende specialist is de neuroloog, gevolgd door de orthopeed. Ook de reumatoloog komt relatief vaak voor als verwijzer. Bij enkele aandoeningen op de VWS-lijst is als voorwaarde voor vergoeding gesteld dat patiënten verwezen moeten zijn door een medisch specialist. Dit kan een verklaring zijn voor het hogere percentage verwijzingen door medisch specialisten binnen de groep patiënten met een langdurige behandel-episode.

Tabel 3.2: Soort verwijzer van 3 groepen ziekenfondsverzekerde patiënten oefentherapie-Mensendieck

	Verwijsdatum	Afgeronde	Langdurige
	in 2001	behandel-episode	behandel-episode
	% (n=1.228)	% (n=831)	(> 6 maanden)
			% (n=292)
Huisarts	84,4	85,4	78,4
Medische specialist	15,3	14,2	21,6
Niet nader gespecificeerd	9,5	8,1	9,2
Neurologie	2,0	1,8	4,8
Orthopaedie	1,4	1,3	4,1
Anaesthesiologie	0,9	0,8	1,4
Reumatologie	0,4	0,6	1,4
Overige medische specialisten	0,8	1,6	0,7
Onbekend	0,2	0,4	0,0

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

3.2.3 Verwijsdiagnose

De tien meest genoemde verwijsdiagnosen (in ICPC-coderingen), zoals die door de verwijzers zijn gesteld, staan weergegeven in tabel 3.3. De meest genoemde verwijsdiagnose bij patiënten met een verwijsdatum in 2001 is 'lage rugpijn zonder uitstraling' (21,0%), deze verwijsdiagnose wordt gevolgd door 'symptomen/ klachten rug' (17,7%). Ook de diagnose 'symptomen/klachten nek' komt vrij frequent voor (9,5%). Bijna de helft van de patiënten komt met één van deze drie verwijsdiagnose bij de oefentherapeut. Bijna 80 procent van de patiënten die verwezen zijn in 2001 komt met een verwijsdiagnose uit de top tien bij de oefentherapeut. Aangezien de verwijsdiagnosen van patiënten met een afgeronde behandelingsperiode wat betreft volgorde en percentages overeenstemmen met die van de patiënten die verwezen zijn in 2001, is alleen de laatste groep in tabel 3.3 opgenomen. In de top tien van meest voorkomende verwijsdiagnosen van patiënten met een langdurige behandelingsperiode komen slechts drie diagnosen voor die niet voorkomen in de top tien van patiënten met een verwijsdatum in 2001. Dit zijn de verwijsdiagnosen 'ziekte van Parkinson' (3,5%), 'spierpijn (inclusief fibromyalgie)' (3,1%) en 'reumatoïde artritis' (3,1%). De verwijsdiagnose 'symptomen/ klachten rug' komt bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode het meest voor (15,2%). De vier meest voorkomende verwijsdiagnosen van patiënten met een langdurige behandelingsperiode komen eveneens voor in de top vier van patiënten met een verwijsdatum in 2001, echter wel in een andere volgorde.

Niet altijd wordt er door de verwijzer een diagnose op de verwijsbrief beschreven. Het komt voor dat er in plaats van een diagnose een vraag om behandeling staat weergegeven (bijvoorbeeld 'graag behandeling'). Bij patiënten met een verwijsdatum in 2001 is dit bij 2,2 procent van de patiënten het geval. Bij de patiënten met een afgeronde behandelingsperiode ligt dit percentage iets hoger (2,8%). Bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode staat bij 2,1 procent van de patiënten in plaats van een diagnose een vraag om behandeling weergegeven.

Tabel 3.3: 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen (in ICPC-coderingen) van 2 groepen ziekenfondsverzekerde patiënten oefentherapie-Mensendieck¹

Verwijsdatum in 2001	Langdurige behandelingsperiode (> 6 maanden)	
	% (n=1.184)	% (n=289)
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	21,0	L02; Symptomen/ klachten rug 15,2
L02; Symptomen/ klachten rug	17,7	L03; Lage rugpijn zonder uitstraling 13,8
L01; Symptomen/ klachten nek	9,5	L83; Syndromen cervicale wervelkolom 9,3
L83; Syndromen cervicale wervelkolom	6,8	L01; Symptomen/ klachten nek 8,0
L86; Lage rugpijn met uitstraling	5,7	L85; Verworven afwijkingen wervelkolom 7,3
R98; Hyperventilatie	5,3	L86; Lage rugpijn met uitstraling 4,8
L08; Syndromen/klachten schouder	3,3	N87; Ziekte van Parkinson 3,5
W28; Functiebeperking/handelingen t.g.v. zwangerschap	3,0	R98; Hyperventilatie 3,1
L85; Verworven afwijkingen wervelkolom	3,0	L18; Spierpijn (incl. fibromyalgie) 3,1
P78; Neurasthenie/ surmenage	2,2	L88; Reumatoïde artritis 3,1
Overig	22,3	Overig 28,7

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

3.3 Beschrijving beroepsspecifieke diagnose

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

In tabel 3.4 staan de frequenties weergegeven voor de kernproblemen van de diagnosecodering. Ruim een kwart van de patiënten die in 2001 verwezen zijn, heeft als kernprobleem ‘schoudergordelproblematiek’. Onder schoudergordel-problematiek worden tevens klachten met betrekking tot nek, cervicale wervelkolom, hoofd en hals verstaan. Ook de kernproblemen ‘lage rugpijn met uitstraling’ en ‘lage rugpijn zonder uitstraling’ komen vaak voor (respectievelijk 14,7% en 14,5%). De problemen ‘ander kernprobleem’ en ‘bekkengordel-anders’ worden het minst genoemd (respectievelijk 0,2% en 0,9%). Patiënten met een afgeronde behandelingsperiode stemmen wat betreft de

frequenties van de kernproblemen redelijk overeen met de patiënten die in 2001 verwezen zijn. De frequenties van de kernproblemen bij patiënten met een langdurige behandelingsperiode wijken wat betreft een aantal problemen af van de overige groepen. De kernproblemen ‘thoracale problematiek’, ‘totale wervelkolomproblematiek’ en ‘problematiek gehele lichaam’ komen bij de patiënten met een langdurige behandelingsperiode relatief vaker voor (respectievelijk 12,2%, 11,5% en 10,8%), terwijl de problemen ‘lage rugpijn zonder uitstraling’ en ‘schoudergordelproblematiek’ minder vaak voorkomen (respectievelijk 8,3% en 21,6%).

Tabel 3.4: Kernprobleem uit de beroepsspecifieke diagnosecode van 3 groepen ziekenfondsverzekerde patiënten oefentherapie-Mensendieck¹

	Verwijsdatum in	Afgeronde	Langdurige
	2001	behandelingsperiode	behandelingsperiode
	% (n=1.170)	% (n=825)	(> 6 maanden) % (n=278)
Problematiek onderste extremiteit	3,5	4,0	3,6
Bekkengordel - zwangerschap	5,0	5,1	2,9
Bekkengordel - anders	0,9	1,5	0,7
Lage rugpijn zonder uitstraling	14,5	15,4	8,3
Lage rugpijn met uitstraling	14,7	13,8	11,5
Lumbale wervelkolom - anders	3,1	3,3	1,1
Thoracale problematiek	7,8	8,1	12,2
Totale wervelkolom problematiek	6,5	5,8	11,5
Problematiek bovenste extremiteit	4,0	3,8	3,6
Schoudergordelproblematiek	25,5	26,5	21,6
Ademhalingsproblematiek	5,0	4,7	2,9
Neurologische problematiek	1,5	1,1	5,8
Psychische problematiek	3,2	2,3	3,6
Problematiek gehele lichaam	4,8	4,0	10,8
Ander kernprobleem	0,2	0,6	0,0

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

3.4 Beschrijving behandeling oefentherapeutische zorg

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

Voor het beantwoorden van deze vraag zijn gegevens beschikbaar met betrekking tot het aantal zittingen in een behandelingsperiode, de behandelingsduur van de behandelingsperiode en de prestatiecode. De resultaten op bovengenoemde vraagstelling staan in deze paragraaf beschreven.

3.4.1 Aantal zittingen per afgeronde behandelingsperiode

Het aantal zittingen per behandelingsperiode is berekend voor de patiënten oefentherapie-Mensendieck met een afgeronde behandelingsperiode. In tabel 3.5 staat de verdeling over een aantal categorieën weergegeven. Het grootste deel van de patiënten met een afgeronde behandelingsperiode heeft zeven tot negen zittingen gehad (28,3%), daarnaast heeft een groot deel vier tot zes zittingen gehad (22,1%). Bijna 40 procent van de patiënten heeft meer dan negen zittingen gehad. Het percentage patiënten met minder dan vier zittingen ligt vergeleken met het onderzoek naar de beperkende maatregel hoog (10,2% ten opzichte van 3,9%) (2). Uit telefonisch contact met enkele praktijken blijkt de groep patiënten met één tot drie zittingen divers te zijn. Enkele opgegeven redenen voor het lage aantal zittingen zijn: het zonder opgave van redenen stoppen van de patiënt, doorverwijzingen naar een medisch specialist, klachtenvrij zijn of het krijgen van een advies over hulpmiddelen. Daarnaast kan deze groep patiënten bevatten waarvan de behandelingen ten onrechte bij een ziektefondsverzekering gedeclareerd zijn. Dit zou deels het verschil kunnen verklaren in het percentage patiënten met één tot drie zittingen. Een half procent van de groep patiënten met een afgeronde behandelingsperiode heeft een consult gehad. Het gemiddeld aantal zittingen bedraagt 9,4 ($\pm 5,3$).

Tabel 3.5: Aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck bij ziekenfonds-verzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

	% (n=831)
Consult	0,6
1-3 zittingen	10,2
4-6 zittingen	22,1
7-9 zittingen	28,3
10-12 zittingen	14,1
13-18 zittingen	19,1
19-24 zittingen	4,5
> 25 zittingen	1,1

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. Ongeveer 90 procent van deze groep patiënten heeft maximaal 18 behandelingen in zes maanden tijd gehad. Het gemiddelde aantal zittingen van deze subgroep is $8,3 \pm 4,1$. Bij ongeveer acht procent van de patiënten met een afgeronde behandelperiode is de behandelduur langer dan zes maanden. Ruim 60 procent van deze groep heeft minder dan 18 zittingen gehad (gemiddeld $14,5 \pm 2,8$). Dit betekent dat de zittingen van deze patiënten verspreid over een aantal maanden plaatsvinden. Het gemiddelde aantal zittingen van de patiënten met een langdurige behandelperiode is $18,1 \pm 6,1$.

Bij de interpretatie van bovengenoemde gegevens dient men zich te realiseren dat een groot deel van de patiënten met een langdurige behandelperiode geen afgeronde behandelperiode heeft (76,7%). Deze patiënten zijn bijvoorbeeld aan het einde van de registratieperiode nog niet uitbehandeld. Met name de patiënten met een zeer lange behandelperiode hebben minder kans op een afgeronde behandelperiode. Dit betekent dat de groep patiënten met een afgeronde behandelperiode waarschijnlijk een onderregistratie bevat van patiënten met een zeer lange behandelperiode, waardoor de huidige cijfers mogelijk onderschattingen zijn.

Tabel 3.6: Het aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck uitgesplitst naar de behandelduur, per groep staat het percentage van voorkomen, het gemiddelde aantal zittingen \pm standaarddeviatie weergegeven van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode (n=826)¹

	≤ 6 maanden		> 6 maanden		Totaal	
	(%)	gem. \pm sd.	(%)	gem. \pm sd.	(%)	gem. \pm sd.
≤ 18 zittingen	(89,3)	8,3 \pm 4,1	(5,1)	14,5 \pm 2,8	(94,4)	8,7 \pm 4,3
> 18 zittingen	(2,4)	20,6 \pm 2,4	(3,1)	23,9 \pm 5,5	(5,6)	22,4 \pm 4,7
Totaal	(91,8)	8,7 \pm 4,5	(8,2)	18,1 \pm 6,1	(100,0)	9,4 \pm 5,3

¹ Patiënten met een consult zijn niet in deze analyse meegenomen, waardoor het aantal patiënten lager ligt dan in voorafgaande tabellen.

In tabel 3.7 staat het gemiddeld aantal zittingen weergegeven voor een aantal patiëntkenmerken (geslacht, leeftijd, verwijzer). Er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden voor deze kenmerken wat betreft het aantal zittingen. Mannen worden gemiddeld 9,3 (\pm 5,3) keer behandeld, voor vrouwen bedraagt het gemiddeld aantal zittingen 9,5 (\pm 5,3). Patiënten in de leeftijdscategorie ouder dan 75 jaar hebben gemiddeld de meeste zittingen (11,5 \pm 10,8). Patiënten tussen de 15 en 24 jaar hebben gemiddeld het laagste aantal zittingen (8,3 \pm 4,6). Het gemiddeld aantal zittingen voor patiënten die verwezen zijn door de huisarts of door de medisch specialist bedraagt respectievelijk 9,4 (\pm 5,3) en 9,9 (\pm 5,4).

Tabel 3.7: Gemiddeld aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck uitgesplitst voor patiëntenkenmerken van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

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

Het gemiddeld aantal zittingen staat in tabel 3.8 weergegeven voor de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen (zie tabel 3.3). De diagnose ‘lage rugpijn met uitstraling’ heeft het hoogste gemiddeld aantal zittingen ($11,5 \pm 6,3$). Hierop volgt de verwijfsdiagnose ‘syndromen cervicale wervelkolom’ ($10,9 \pm 5,0$). Voor de overige verwijfsdiagnosen varieert het gemiddeld aantal zittingen van 7,4 tot 10,9 zittingen. Dit betekent dat er in de top tien van verwijfsdiagnosen geen grote verschillen aanwezig zijn wat betreft het gemiddeld aantal zittingen.

Tabel 3.8: Het gemiddeld aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck voor de 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen van ziekenfonds-verzekerde patiënten met een afgeronde behandelafperiode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
L86; Lage rugpijn met uitstraling	11,5	6,3	10,0
L83; Syndromen cervicale wervelkolom	10,9	5,0	10,0
L01; Symptomen/ klachten nek	10,1	5,6	9,0
R98; Hyperventilatie	9,9	5,1	9,0
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	9,1	4,8	8,0
L08; Syndromen/klachten schouder	9,0	4,3	8,5
P78; Neurasthenie/ surmenage	8,9	4,6	9,0
L02; Symptomen/ klachten rug	8,9	5,4	8,0
L85; Verworven afwijkingen wervelkolom	8,8	4,2	8,0
W28; Functiebeperking/handelingen t.g.v. zwangerschap	7,4	4,4	7,0

Per kernprobleem van de beroepsspecifieke diagnosecode is in tabel 3.9 het gemiddeld aantal zittingen weergegeven. De kernproblemen ‘neurologische problematiek’ en ‘psychische problematiek’ hebben het hoogste gemiddeld aantal zittingen (respectievelijk $12,3 \pm 7,0$ en $10,8 \pm 4,6$ zittingen). Het laagste gemiddeld aantal zittingen hebben patiënten met het kernprobleem ‘bekkengordel anders’ ($6,9 \pm 3,7$).

Tabel 3.9: Het gemiddeld aantal zittingen oefentherapie-Mensendieck per kern-probleem uit de beroepsspecifieke diagnosecode voor ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandel-episode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
Neurologische problematiek	12,3	7,0	12,0
Psychische problematiek	10,8	4,6	11,0
Problematiek onderste extremiteit	10,5	6,3	9,0
Lage rugpijn met uitstraling	10,4	6,0	9,0
Problematiek bovenste extremiteit	10,1	4,7	9,0
Problematiek gehele lichaam	9,9	5,3	9,0
Schoudergordelproblematiek	9,8	5,3	9,0
Ademhalingsproblematiek	9,4	5,6	7,0
Lumbale wervelkolom - anders	8,7	3,7	8,0
Thoracale problematiek	8,7	5,6	7,0
Bekkengordel - zwangerschap	8,6	4,7	8,0
Ander kernprobleem	8,2	2,6	8,0
Lage rugpijn zonder uitstraling	8,2	4,2	7,0
Totale wervelkolom problematiek	8,1	5,1	8,0
Bekkengordel – anders	6,9	3,7	5,0

3.4.2 *Behandelduur per afgeronde behandel-episode*

De behandelduur is berekend voor patiënten oefentherapie-Mensendieck met een afgeronde behandel-episode. Deze behandelduur is in een aantal categorieën verdeeld (van ‘tot en met één week’ tot ‘langer dan drie maanden’). In tabel 3.10 staan per categorie de percentages weergegeven. Ruim 40 procent van de patiënten wordt langer dan drie maanden behandeld. Bijna een derde van de patiënten wordt langer dan zes weken, maar korter dan drie maanden behandeld. Minder dan vijf procent van de patiënten wordt korter dan een week behandeld. De gemiddelde behandelduur bedraagt $12,7 \pm 8,8$ weken.

Tabel 3.10: Behandelduur oefentherapie-Mensendieck van ziekenfonds-verzekerde patiënten met een afgeronde behandelperiode

	% (n=826)
Tot en met 1 week	4,1
Langer dan 1 week, tot en met 4 weken	12,7
Langer dan 4 weken, tot en met 6 weken	10,0
Langer dan 6 weken, tot en met 3 maanden	31,2
Langer dan 3 maanden	41,9

Patiënten met een langdurige en afgeronde behandelperiode hebben een gemiddelde behandelduur van $32,1 \pm 6,2$ weken. Evenals bij het gemiddeld aantal zittingen is dit een onderschatting van de werkelijke behandelduur. Een groot deel van de patiënten met een langdurige behandelperiode heeft namelijk geen afgeronde behandelperiode.

In tabel 3.11 staat de gemiddelde behandelduur uitgesplitst naar patiëntkenmerken. Er zijn geen significante verschillen gevonden voor geslacht, leeftijd en verwijzer wat betreft de behandelduur. De gemiddelde behandelduur van vrouwen bedraagt $13,0 (\pm 8,9)$ weken. Voor mannen is de gemiddelde behandelduur $12,0 (\pm 8,6)$ weken. Patiënten in de leeftijdscategorie nul tot 14 jaar hebben gemiddeld de langste behandelduur ($15,1 \pm 9,2$ weken). De gemiddelde behandelduur van patiënten die door de huisarts verwezen zijn, wijkt nauwelijks af van de behandelduur van patiënten die door een medisch specialist verwezen zijn (respectievelijk $12,6 \pm 8,8$ en $13,5 \pm 9,3$ weken).

Tabel 3.11: Gemiddelde behandelduur van oefentherapie-Mensendieck (in weken) uitgesplitst voor patiëntenkenmerken van ziekenfonds-verzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

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

In tabel 3.12 staat de gemiddelde behandelduur weergegeven voor de tien meest voorkomende verwijfsdiagnosen. De gemiddelde behandelduur varieert van 9,3 weken ('functiebeperking/ handelingen ten gevolge van zwangerschap') tot 14,6 weken ('syndromen cervicale wervelkolom').

Tabel 3.12 De gemiddelde behandelduur van oefentherapie-Mensendieck (in weken) voor de 10 meest voorkomende verwijfsdiagnosen van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelingsperiode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
L83; Syndromen cervicale wervelkolom	14,6	8,4	13,3
L08; Syndromen/klachten schouder	13,5	7,8	11,9
R98; Hyperventilatie	13,5	8,9	11,1
L86; Lage rugpijn met uitstraling	13,4	9,7	11,0
L01; Symptomen/ klachten nek	13,2	8,8	11,0
L02; Symptomen/ klachten rug	12,6	8,9	11,0
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	11,8	8,6	9,9
P78; Neurasthenie/ surmenage	11,6	8,6	9,6
L85; Verworven afwijkingen wervelkolom	11,1	5,2	12,0
W28; Functiebeperking/handelingen t.g.v. zwangerschap	9,3	7,3	8,0

In tabel 3.13 staat per kernprobleem uit de beroepsspecifieke diagnosecode de gemiddelde behandelduur weergegeven. Patiënten met het kernprobleem ‘psychische problematiek’ hebben gemiddeld de langste behandelduur (15,7 ± 9,3 weken). Hierop volgen patiënten met de kernproblemen ‘problematiek bovenste extremiteit’ en ‘neurologische problematiek’ (respectievelijk 15,1 ± 10,5 weken en 14,8 ± 9,7 weken). De kortste gemiddelde behandelduur hebben patiënten met de verwijfsdiagnose ‘ander kernprobleem’: 9,1 ± 3,8 weken.

Tabel 3.13: De gemiddelde behandelduur van oefentherapie-Mensendieck (in weken) per kernprobleem van de beroepsspecifieke diagnosecode van ziekenfondsverzekerde patiënten met een afgeronde behandelafperiode

	Gemiddelde	Std. deviatie	Mediaan
Psychische problematiek	15,7	9,3	14,1
Problematiek bovenste extremiteit	15,1	10,5	13,4
Neurologische problematiek	14,8	9,7	11,0
Problematiek onderste extremiteit	14,5	10,7	11,6
Problematiek gehele lichaam	14,2	11,2	11,0
Schoudergordelproblematiek	13,2	8,2	12,0
Thoracale problematiek	13,2	10,2	12,0
Ademhalingsproblematiek	12,3	8,6	10,3
Lage rugpijn met uitstraling	12,2	8,3	10,9
Totale wervelkolom problematiek	12,1	10,8	10,7
Lumbale wervelkolom - anders	11,5	7,2	10,0
Lage rugpijn - zonder uitstraling	11,1	7,5	9,1
Bekken-gordel - zwangerschap	11,0	7,4	9,6
Bekken-gordel - anders	9,8	8,4	6,6
Ander kernprobleem	9,1	3,8	8,0

3.4.3 Prestatiecode

Het totaal aantal gedeclareerde zittingen is in tabel 3.14 uitgesplitst naar de behandelvorm (prestatiecode). In de groep patiënten met een verwijfsdatum in 2001 wordt ongeveer 97 procent van de zittingen als ‘reguliere zitting bij de oefentherapeut-Mensendieck’ gedeclareerd. Er hebben geen declaraties van groepsbehandelingen plaatsgehad. 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.

gen. Ruim drie procent van de gegeven behandelingen vindt bij de patiënt thuis plaats. Bij patiënten met een afgeronde behandelperiode ligt het percentage reguliere behandelingen bij de therapeut iets hoger (98,7%), terwijl het bij patiënten met een langdurige behandeling lager ligt (89,4%). In deze laatste groep worden relatief meer patiënten thuis behandeld (10,6%).

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

	Verwijsdatum in 2001	Afgeronde behandel- episode	Langdurige behandelepisode (> 6 maanden)
	% (n=12.380)	% (n=7.861)	% (n=7.948)
Behandeling bij oefentherapeut-Mensendieck	96,6	98,7	89,4
Behandeling oefentherapeut-Mensendieck bij patiënt	3,4	1,2	10,6
Behandeling oefentherapeut-Mensendieck in instelling	0,0	0,0	0,0
Groepsbehandeling oefentherapeut- Mensendieck	0,0	0,0	0,0
Consult oefentherapeut-Mensendieck	0,0	0,1	0,0

Referenties

- (1) Nederlandse Mensendieck Bond. Beroepsbeeld oefentherapeut Mensendieck. Utrecht: Nederlandse Mensendieck Bond, 1986.
- (2) Pijnenborg A, Berkel van L, Ende van den E, Ravensberg van D, Oostendorp R, Dekker J. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck: resultaten van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 1. Amersfoort/Utrecht: NPi/NIVEL, 1998.
- (3) Heerkens YF, Schulte MB, Storm I. Codering voor de bevindingen/conclusie van de oefentherapeut-Mensendieck nu beschikbaar. Tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck 2000; 61(1):26-28.
- (4) Scholten H, Onink A, Pijper F, Heugten van CM, Dekker J, Bosveld W. Pilot Informatievoorziening Paramedische zorg. Zeist/Utrecht: BCD Adviesgroep/NIVEL, 1997.
- (5) Dekker J, Baar van ME. Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (BEEF). Utrecht: NIVEL, 1995.
- (6) Zuijderduin WM, Dekker J. Oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1994.
- (7) Ministerie van Volksgezondheid WeS. <http://www.minvws.nl>. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002.
- (8) VEKTIS-2. Externe Integratie Declaraties Paramedische Hulp. Fysiotherapie, Oefentherapie C/M, Logopedie, Ergotherapie. 1 ed. Zeist: VEKTIS B.V., 2001.
- (9) 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 evaluatieonderzoek. Deelrapport 4. Utrecht: NIVEL/Npi, 1998.
- (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.

Bijlage 1

Operationalisering variabelen opbouwfase LiPZ-project voor oefentherapie-Mensendieck

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 praktijksoftware-pakketten 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 rubriek-nummer 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 GEBORTE VERZEKERDE
LiPZ:	R 0-14 jaar 15-24 jaar 25-34 jaar 35-44 jaar 45-54 jaar 55-64 jaar 65-74 jaar 75+ jaar

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

Variabele:	Code zorgverzekering
Omschrijving:	Aanduiding ten laste van welke verzekering de paramedische hulp is verstrekt.
Mogelijke waarden:	00 Niet van toepassing 01 Alleen aanvullend verzekerd 04 AWBZ en aanvullend verzekerd 10 Particulier 11 Particulier en aanvullend 20 Particulier en AWBZ 30 Particulier, AWBZ en aanvullend 40 AWBZ 50 Ziekenfondswet, AWBZ en aanvullend 60 Ziekenfondswet 70 Ziekenfondswet en AWBZ 80 Ziekenfondswet en aanvullend 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Rubriek 217 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: VERZEKERINGSBASIS
LiPZ:	R Idem mogelijke waarden

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

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

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

Variabele:	Code soort indicatie VWS-lijst
Omschrijving:	Unieke identificerende code die aangeeft van welke soort indicatie paramedische hulp sprake is n.a.v. de Regeling Paramedische Hulp.
Mogelijke waarden:	001 Eerste aandoening lijst langdurige/intermitterende therapie 002 Tweede of vervolgaandoening lijst 006 Eerste indicatie oefentherapie-Mensendieck, niet op lijst 007 Eerste vervolgingindicatie oefentherapie-Mensendieck, niet op lijst 009 Behandelingen die niet onder de regeling Paramedische hulp vallen
Vektis-rapport:	Rubriek 418 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: CODE SOORT INDICATIE PARAMEDISCHE HULP
LiPZ:	R Lijstpatiënten Niet-lijstpatiënten

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

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

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

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

Variabele:	Paramedische diagnosecode
Omschrijving:	Gecodeerde aanduiding van de diagnose die de paramedicus voor de patiënt opstelt na aanmelding, anamnese, onderzoek en analyse.
Mogelijke waarden:	Conform de paramedische diagnoselijst voor oefentherapie-Mensendieck.
Vektis-rapport:	Rubriek 415 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: PARAMEDISCHE DIAGNOSECODE
LIPZ:	R Per beroepsgroep de Top 10 Paramedische diagnosecodes

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 behandelaflevering?*

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 2000 Behandeling ten huize van de oefentherapeut-Mensendieck zijn praktijkadres 2001 Behandeling oefentherapie-Mensendieck ten huize van de patiënt 2002 Behandeling oefentherapie-Mensendieck in een inrichting waar de patiënt verblijft 2100 Groepsbehandeling oefentherapie-Mensendieck 2200 Consult onderzoek oefentherapie-Mensendieck
Vektis-rapport:	Rubriek 423 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: PRESTATIECODE PARAMEDISCHE HULP
LiPZ-rapport:	Behandeling ten huize van de oefentherapeut-Mensendieck of op zijn praktijkadres Groepsbehandeling Consult In praktijk Buiten praktijk

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

Variabele:	Reden einde zorg
Omschrijving:	De reden waarom de behandeling is beëindigd.
Mogelijke waarden:	01 Behandeling is nog niet beëindigd 02 Patiënt uitbehandeld - behandelgoal bereikt 03 Geen machtiging voor verlenging behandeling 04 Patiënt is opgenomen in een instelling 05 Niet-chronisch is chronisch geworden 06 Chronisch is niet-chronisch geworden 10 Patiënt is op eigen initiatief gestopt 11 Patiënt is verhuisd 12 Patiënt is overleden 20 Patiënt is niet meer verzekerd voor deze zorg 21 Patiënt is overgegaan naar andere zorgverzekeraar 30 Verwijzer stopte de behandeling 40 Paramedicus stopte de behandeling 41 Patiënt is overgegaan naar andere behandelaar 50 Eenmalig onderzoek 99 Onbekend
Vektis-rapport:	Rubriek 428 van het bericht 'Declaraties paramedische hulp versie 2' d.d. 01-10-2001: REDEN EINDE ZORG
LiPZ:	R Gunstig resultaat Max. aantal vergoede zitting bereikt Gestaakt door patiënt Gestaakt door verwijzer Gestaakt door paramedicus Anders Onbekend

Bijlage 2

Representativiteit Oefentherapie-Mensendieck LiPZ-netwerk

De representativiteit van het LiPZ-netwerk is voor de beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck bekeken op praktijk-, therapeut- en patiënt-niveau.

Representativiteit van de deelnemende praktijken oefentherapie-Mensendieck

Op praktijkniveau zijn de kenmerken van de LiPZ-praktijken oefentherapie-Mensendieck (n = 19) vergeleken met de praktijken oefentherapie-Mensendieck uit het ledenbestand van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapie-Mensendieck (NVOM) met als peildatum december 2001/ januari 2002 (n = 717). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van een aantal kenmerken voor de LiPZ-praktijken en voor de praktijken uit het ledenbestand van de NVOM. Aangezien het aantal LiPZ-praktijken oefentherapie-Mensendieck relatief laag is, dienen verschillen tussen beide groepen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. De chi-kwadraattoets is gebruikt om verschillen op significantie te toetsen.

De LiPZ-praktijken zijn relatief vaker een groepspraktijk vergeleken met de praktijken in Nederland ($p < 0,01$). De verdeling van de LiPZ-praktijken over de provincies en de regio's komt met slechts minimale verschillen goed overeen met de landelijke spreiding. Wat betreft de mate van verstedelijking zijn er relatief minder LiPZ-praktijken in de niet stedelijke en zeer stedelijke gebieden en relatief meer LiPZ-praktijken in de sterk stedelijke gebieden. Dit verschil is echter niet significant.

Ondanks de verschillen wat betreft het aantal therapeuten werkzaam in de praktijk, kan er geconcludeerd worden dat de representativiteit op praktijk-niveau voldoende is.

Tabel 1: Kenmerken van LiPZ-praktijken oefentherapie-Mensendieck versus praktijken uit het ledenbestand van de NVOM (december 2001/ januari 2002)

	Praktijken oefentherapie-Mensendieck			
	LiPZ		NVOM	
Aantal therapeuten per praktijk¹	n = 19	(%)	n = 717	(%)
1	6	(31,6)	501	(69,9)
2	8	(42,1)	153	(21,3)
3	3	(15,8)	43	(6,0)
4	0	(0,0)	10	(1,4)
5	2	(10,5)	10	(1,4)
Aantal praktijken per provincie	n = 19	(%)	n = 717	(%)
Groningen	1	(5,3)	16	(2,2)
Friesland	0	(0,0)	20	(2,8)
Drenthe	0	(0,0)	13	(1,8)
Overijssel	1	(5,3)	33	(4,6)
Flevoland	0	(0,0)	14	(2,0)
Gelderland	2	(10,5)	68	(9,5)
Utrecht	2	(10,5)	54	(7,5)
Noord-Holland	7	(36,8)	243	(33,9)
Zuid-Holland	3	(15,8)	143	(19,9)
Zeeland	1	(5,3)	19	(2,6)
Noord-Brabant	1	(5,3)	60	(8,4)
Limburg	1	(5,3)	34	(4,7)
Aantal praktijken per regio	n = 19	(%)	n = 717	(%)
Noord	1	(5,3)	49	(6,8)
Oost	3	(15,8)	115	(16,0)
West	12	(63,2)	440	(61,4)
Zuid	3	(15,8)	113	(15,8)
Mate van verstedelijking	n = 19	(%)	n = 711	(%)
Zeer sterk stedelijk	3	(15,8)	143	(20,1)
Sterk stedelijk	7	(36,8)	164	(23,1)
Matig stedelijk	4	(21,1)	144	(20,3)
Weinig stedelijk	4	(21,1)	158	(22,2)
Niet stedelijk	1	(5,3)	102	(14,3)

¹ p < 0,01.

Representativiteit van de deelnemende oefentherapeuten-Mensendieck

De kenmerken van de LiPZ-oefentherapeuten-Mensendieck (n = 22) zijn vergeleken met de oefentherapeuten-Mensendieck uit het bestand van de

NVOM (n = 664). In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van een aantal kenmerken van deze twee groepen. Evenals bij de verschillen op praktijkniveau dient ook hier de interpretatie van de verschillen onder voorbehoud te gebeuren. Met de chikwadraattoets zijn verschillen op significantie getoetst. Wat betreft geslacht, leeftijdsverdeling en jaar van afstuderen zijn er slechts kleine verschillen tussen de LiPZ-therapeuten en de therapeuten uit het ledenbestand van de NVOM. De verdeling van de direct patiëntgebonden uren per week (uren die betrekking hebben op de behandeling) wijkt bij de LiPZ-therapeuten meer af, de verschillen zijn echter niet significant. Relatief gezien zijn er meer therapeuten met 20 tot 30 direct patiëntgebonden uren in de week en minder therapeuten met minder dan 20 of meer dan 30 direct patiëntgebonden uren in de week. In het algemeen kan geconcludeerd worden dat de representativiteit ook op therapeutniveau voldoende is.

Tabel 2: Kenmerken oefentherapeuten-Mensendieck LiPZ versus oefen-therapeuten-Mensendieck in Nederland

	Therapeuten oefentherapie-Mensendieck			
	LiPZ		NVOM	
Geslacht	n = 22	(%)	n = 664	(%)
Man	1	(4,5)	40	(6,0)
Vrouw	21	(95,5)	624	(94,0)
Leeftijdsklasse	n = 22	(%)	n = 660	(%)
Jonger dan 26 jaar	2	(9,1)	33	(5,0)
26-35 jaar	7	(31,8)	221	(33,5)
36-45 jaar	8	(36,4)	269	(40,8)
46-55 jaar	4	(18,2)	102	(15,5)
Ouder dan 55 jaar	1	(4,5)	35	(5,2)
Direct patiëntgebonden uren per week	n = 22	(%)	n = 664	(%)
Minder dan 8 uur	8	(36,4)	310	(46,7)
8-16 uur	11	(50,0)	221	(33,3)
meer dan 16 uur	3	(13,6)	133	(20,0)
Jaar van afstuderen	n = 22	(%)	n = 659	(%)
Voor 1970	1	(4,5)	35	(5,3)
1970-1979	1	(4,5)	73	(11,1)
1980-1989	10	(45,5)	257	(39,0)
1990-1999	9	(40,9)	290	(44,0)
2000 of later	1	(4,5)	4	(0,6)

Representativiteit van de patiëntenpopulatie uit de LiPZ-praktijken oefentherapie- Mensendieck

In het onderzoek naar de beperkende maatregel (2) zijn door oefentherapeuten-Mensendieck gegevens geregistreerd over hun patiënten en de aan hen verleende zorg. Het betreft zowel patiënten die ziekenfondsverzekerd zijn, als particulier verzekerde patiënten. De patiëntkenmerken van de ziekenfondsverzekerde patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel (n = 616) zijn vergeleken met de patiëntenpopulatie uit de LiPZ-praktijken (exclusief patiënten met een consult) (n = 2.026). In tabel 3 wordt van de patiëntkenmerken van beide groepen een overzicht gegeven. Verschillen wat betreft geslacht en verwijzer zijn met de chi-kwadraattoets getoetst op significantie, verschillen in leeftijd zijn met de Mann-Whitneytoets getoetst.

Wat betreft het geslacht zijn er slechts kleine verschillen tussen beide groepen. Ook de leeftijdsverdelingen stemmen goed met elkaar overeen. Wel zijn er verschillen gevonden tussen beide groepen wat betreft de verwijzer. LiPZ-patiënten worden relatief vaker verwezen door een huisarts dan patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel (84,8% ten opzichte van 73,4%; $p < 0,01$). Uit analyses is gebleken dat de verwijzer niet van invloed is op het aantal zittingen en de behandelduur (zie paragraaf 2.6, tabel 3.7 en tabel 3.11). Dit betekent dat het niet nodig is de gegevens te corrigeren voor de verwijzer.

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

	Patiënten oefentherapie-Mensendieck			
	LiPZ		Beperkende maatregel	
Geslacht	n = 2.026	(%)	n = 616	(%)
Man	509	(25,1)	164	(26,6)
Vrouw	1.517	(74,9)	452	(73,4)
Leeftijd	n = 2.026	(%)	n = 616	(%)
0-14	107	(5,3)	42	(6,9)
15-24	387	(19,1)	106	(17,5)
25-34	506	(25,0)	163	(26,9)
35-44	411	(20,3)	119	(19,6)
45-54	345	(17,0)	87	(14,4)
55-64	170	(8,4)	52	(8,6)
65+	100	(4,9)	37	(6,1)
Verwijzer¹	n = 2.023	(%)	n = 593	(%)
Huisarts	1.716	(84,8)	450	(73,4)
Medisch specialist	307	(15,2)	163	(26,6)

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 gegevens geregistreerd over verwijzingen door de huisarts. LINH-gegevens met betrekking tot ziekenfondsverzekerde patiënten die doorverwezen zijn naar een oefentherapeut-Mensendieck (n = 741), zijn wat betreft geslacht, leeftijd en verwijfsdiagnose, vergeleken met LiPZ-patiënten die door de huisarts doorverwezen zijn (n = 1.716). In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van het geslacht en de leeftijd van beide groepen patiënten. Verschillen binnen beide kenmerken zijn met een chi-kwadraattoets op significantie getoetst.

Relatief gezien komen in de LiPZ-populatie meer vrouwen voor dan in de LINH-populatie (respectievelijk 76,5% en 71,3%; p < 0,01). Uit analyses is gebleken dat het geslacht niet significant van invloed is op het aantal zittingen en de behandelduur. Wat betreft de leeftijdsverdeling stemmen de beide groepen goed overeen.

Tabel 4: Kenmerken van LiPZ patiënten oefentherapie-Mensendieck versus patiënten oefentherapie-Mensendieck LINH

	Patiënten oefentherapie-Mensendieck			
	LiPZ ¹		LINH	
Geslacht²	n = 1.716	(%)	n = 741	(%)
Man	404	(23,5)	213	(28,7)
Vrouw	1.312	(76,5)	528	(71,3)
Leeftijd³				
0-14	89	(5,2)	48	(6,5)
15-24	360	(21,0)	151	(20,4)
25-34	464	(27,0)	204	(27,5)
35-44	331	(19,3)	146	(19,7)
45-54	274	(16,0)	104	(14,0)
55-64	131	(7,6)	44	(5,9)
65+	67	(3,9)	44	(5,9)

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

² $p < 0,01$.

In LINH wordt voor patiënten die verwezen worden naar de oefentherapie elk jaar een top tien gegeven van de meest voorkomende verwijfsdiagnosen, zoals deze gesteld zijn door de huisarts. In tabel 5 wordt een overzicht gegeven van de meest voorkomende verwijfsdiagnosen (ICPC-codering) bij de LiPZ-patiëntenpopulatie ten opzichte van de top tien van de meest voorkomende verwijfsdiagnosen naar oefentherapie-Mensendieck bij de LINH-patiëntenpopulatie in 2001.

Acht verwijfsdiagnosen komen, hoewel in een andere volgorde, zowel voor in de top tien van de LiPZ-patiënten als in de top tien van de LINH-patiënten. De drie meest voorkomende verwijfsdiagnosen zijn voor beide groepen identiek. Wel zijn er enkele verschillen in de percentages. Zo komt de verwijfsdiagnose 'L02; symptomen/klachten rug' bij de LiPZ-patiënten relatief vaker voor dan bij patiënten uit LINH (respectievelijk 20,7% en 14,4%).

Tabel 5: Top 10 verwijsdiagnosen van LiPZ versus top 10 verwijsdiagnosen van LINH voor patiënten oefentherapie-Mensendieck met een verwijsdiagnose¹

LiPZ	%	LINH	%
Top 10 verwijsdiagnosen	(n=1.631)	Top 10 verwijsdiagnosen	(n=723)
L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	21,8	L03; Lage rugpijn zonder uitstraling	22,8
L02; Symptomen/klachten rug	20,7	L02; Symptomen/klachten rug	14,4
L01; Symptomen/klachten nek ex N01	10,2	L01; Symptomen/klachten nek ex N01	10,8
L83; Syndromen cervicale wervelkolom	5,3	L86; Lage rugpijn met uitstraling	5,7
R98; Hyperventilatie	5,2	L85; Verworven afwijkingen wervelkolom	3,7
L86; Lage rugpijn met uitstraling	4,4	L08; Symptomen/klachten schouder	3,6
W28; Functiebeperking/hand. t.g.v. zwangerschap	3,4	N02; Spanningshoofdpijn	3,6
L85; Verworven afwijkingen wervelkolom	3,4	L83; Syndromen cervicale wervelkolom	3,2
L08; Symptomen/klachten schouder	3,2	L18; Spierpijn	3,0
P78; Neurasthenie/surmenage	2,6	R98; Hyperventilatie	3,9
Overig	19,8	Overig	25,3

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

Over het algemeen kan er, ondanks enkele verschillen met de beperkende maatregel en LINH, geconcludeerd worden dat de representativiteit van LiPZ op patiëntniveau voldoende is.

Conclusie

Het LiPZ-netwerk ligt voor de beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck goed verspreid over Nederland. Alle regio's en bijna alle provincies zijn vertegenwoordigd. Ook wat betreft de mate van stedelijkheid stemmen de LiPZ-praktijken redelijk overeen met de praktijken uit het ledenbestand van de NVOM. Wel zijn LiPZ-praktijken relatief vaker een groepspraktijk. Ondanks dit laatste verschil, kan geconcludeerd worden dat de representativiteit op praktijkniveau voldoende is.

Op therapeutniveau is het LiPZ-netwerk eveneens voldoende. De LiPZ-therapeuten wijken qua geslacht, leeftijdsverdeling en jaar van afstuderen nauwelijks af van de groep uit het ledenbestand van de NVOM. Uit de gegevens komt naar voren dat LiPZ-therapeuten relatief vaker 20 tot 30

direct patiëntgebonden uren per week werken dan oefentherapeuten uit het bestand van de NVOM; dit is echter geen statistisch significant verschil. Wat betreft de leeftijd verschillen de LiPZ-patiënten nauwelijks van de patiënten uit het onderzoek naar de beperkende maatregel en van de LINH-patiënten. Ook de verwijfsdiagnosen van LiPZ-patiënten komen redelijk overeen met die van LINH-patiënten. Wat betreft het geslacht wijken de gegevens van LiPZ-patiënten iets af van de gegevens van LINH-patiënten. Daarnaast worden LiPZ-patiënten relatief vaker door een huisarts verwezen dan patiënten uit de beperkende maatregel. Uit analyses is gebleken dat het geslacht en de verwijfzer niet significant van invloed zijn op het aantal zittingen en de behandelduur.