

# Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg

## Verkenkend onderzoek in drie soorten praktijken<sup>1</sup>

3867

M. Bartels, fysiotherapeut<sup>2</sup>, L. Scheepmaker, fysiotherapeut<sup>2</sup>, P. P. Groenewegen, socioloog<sup>3</sup> en J. v.d. Zee, socioloog<sup>3</sup>

Onderzoek in een betrekkelijk nieuw veld van studie laat vaak een kenmerkende ontwikkeling zien. Eerst vindt een aantal kleinschalige, verkennende, slecht op elkaar afgestemde studies plaats die meestal een eerste indicatie opleveren van het voorkomen van bepaalde verschijnselen. De volgende stap is het verrichten van beschrijvend onderzoek op grotere schaal en tenslotte kan men beginnen met het eigenlijke werk: het verklaren (onder één noemer brengen) van de variatie in de waargenomen verschijnselen. De hier gepresenteerde resultaten hebben betrekking op zo'n eerste verkennende studie, verricht door twee stagiaires van de Stichting Utrechtse Paramedische Academie, begeleid door twee onderzoekers van het Nederlands Huisartsen Instituut<sup>1</sup>. Doel van het onderzoek was het verkrijgen van een eerste indruk over de volgende zaken:

- In welke mate past de fysiotherapie in het strakke echelonneringsgareel dat men in de medische sector aantreft?
- Hoe zijn de patiënten die onder behandeling van fysiotherapeuten zijn, verdeeld wat betreft belangrijke kenmerken als leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm?
- Met welk soort klachten en problemen komen patiënten bij de fysiotherapeut, hoe verloopt de aansluiting tussen de indicatiestelling door de arts, de werkdiagnose van de fysiotherapeut en

het uitgevoerde behandelingsplan? In dit artikel zullen we de eerste twee vragen proberen te beantwoorden. Aan de derde vraag zal een afzonderlijke publicatie worden gewijd.

### Methode

Voor de beantwoording van de hierboven genoemde vragen is het noodzakelijk om gegevens in fysiotherapiepraktijken te verzamelen. Zou men uitgaan van gegevens van de ziekenfondsen (zoals bijvoorbeeld Kerkhoff (2, 3) dat gedaan heeft) dan verkrijgt men geen gegevens over particuliere patiënten. Uitgaan van de 'verwijzende partij' heeft zijn voordelen (men kan bijvoorbeeld het aantal verwijzingen relateren aan contactfrequentie en samenstelling van de (huis-)artspraktijk), maar vereist een zeer lange periode van registratie, omdat – naar men mag veronderstellen – slechts een geringe fractie van de patiënten wordt verwezen naar een fysiotherapeut. Het verzamelen van gegevens aan de bron – de patiënten die door fysiotherapeuten worden behandeld – heeft als nadeel dat men geen gegevens verkrijgt over een belangrijke schakel: de verwijzing met de diagnose en het behandelvoorstel van de arts. Gegevensverzameling in de fysiotherapiepraktijk zou in principe kunnen door een analyse van de patiëntenadministratie van fysiotherapeuten, maar dit veronderstelt een tamelijk uitgebreid en tussen praktijken vergelijkbaar systeem van patiëntenadministratie. Blijft over een speciaal voor het doel van dit onderzoek ontworpen registratie die dan nog weer door de fysiotherapeuten bijgehouden kan worden of door onderzoekers die in een fysiotherapiepraktijk gestationeerd worden. Registratie door fysiotherapeuten zelf (en in het algemeen zelfregistratie door onderzochte subjecten) heeft als nadeel de mogelijkheid van onderrapportage en van

### Samenvatting

In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van een verkennende studie naar de plaats van de fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg. Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een registratie van gegevens omtrent patiënten in drie typen praktijken: de vrije praktijk; de polikliniek van een ziekenhuis en de polikliniek van een verpleeghuis. Van elk type is in twee praktijken één maand lang geregistreerd. Doel van het onderzoek is de vraag te beantwoorden in hoeverre het echelonneringsdenken toepasbaar is op de extramurale fysiotherapie en wat de belangrijkste kenmerken van de behandelde patiënten zijn (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm). De resultaten wijzen niet in de richting van het bestaan van een aparte eerstelijns en tweedelijns fysiotherapie. Wel werd ook in deze studie gevonden dat fysiotherapeuten een betrekkelijk kleine groep patiënten langdurig behandelen.

verschillende interpretaties van de instructies van de onderzoekers. De nadelen van registratie door de onderzoekers zijn een grotere inbreuk op de normale gang van zaken in de praktijk en de grote tijdsinvestering voor de onderzoekers. Op praktische gronden is gekozen voor registratie door de fysiotherapeuten zelf. Bij de keuze van te registreren gegevens hebben we ons zoveel mogelijk beperkt om onderrapportage te voorkomen. Voor de registratie zijn twee formulieren ontworpen: één voor de patiënten die al onder behandeling waren (van deze patiënten werden slechts enkele kenmerken genoteerd) en een uitgebreid

<sup>1</sup> Dit artikel is gebaseerd op een scriptie van beide eerste auteurs, die tot stand is gekomen onder begeleiding van de twee laatstgenoemde auteurs. Voor hun kritisch commentaar op een eerste versie van het artikel danken wij H. Bijlsma, H. J. Mes, A. H. M. Kerkhoff en de medewerkers van de afdeling Onderzoek van het NHI.

<sup>2</sup> Ten tijde van dit onderzoek student fysiotherapie aan de Stichting Utrechtse Paramedische Academie.

<sup>3</sup> Socioloog en medewerker van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht.

formulier voor patiënten die zich voor een nieuwe behandeling aanmelden. Gedurende de registratieperiode werden de formulieren wekelijks opgehaald en werden onvolledigheden met de betreffende fysiotherapeuten besproken en aangevuld. Bij de keuze van de praktijken is het – vooral voor de beantwoording van de eerste vraag – van belang dat verschillende typen praktijken vertegenwoordigd zijn. Binnen het raam van de mogelijkheden die de onderzoekers ter beschikking stonden is gekozen voor het registreren van gegevens in drie typen fysiotherapie-praktijken: een gewone vrije praktijk, de polikliniek van een ziekenhuis en de polikliniek van een verpleeghuis. Van elk type zijn twee praktijken gekozen. De selectiviteit van deze 'steekproef' is niet onze grootste zorg. Voor het verkrijgen van een eerste inzicht in een bepaalde problematiek dient men er alleen op te letten dat de gekozen waarnemingseenheden niet op een of andere wijze zodanig bijzonder van aard zijn dat ze slechts op een uitzonderingssituatie betrekking hebben. Generaliseerbaarheid en representativiteit zijn in een dergelijk geval niet van belang; dat komt pas aan de orde in een ruimer opgezette algemeen beschrijvende studie in een fase die volgt op een puur verkennend onderzoek.<sup>1</sup>

## Fysiotherapie en de echelonneringsgedachte

Ofschoon fysiotherapie wel eens aangeduid is als 'de vierde in het eerstelijnskwartet' (5) en in verreweg de meeste gezondheidscentra fysiotherapeuten werkzaam zijn<sup>2</sup>, past de fysiotherapeut toch niet goed in de strakke uit de medische sector afkomstige echelonneringsgedachte. Uit drie kenmerken bestaat het echelonneringsbegrip:

- directe versus getrapte toegankelijkheid;
- behandeling van ambulante versus opgenomen patiënten;
- generalistisch versus specialistische benadering van de aangeboden problematiek.

Fysiotherapeuten zijn formeel gesproken<sup>3</sup>

Tabel 1: Herkomst van een fysiotherapiebehandeling beginnende patiënten in drie typen fysiotherapie-praktijken

| soort<br>praktijk | Ziekenhuis | Verpleeghuis | Vrije praktijk | Totaal |
|-------------------|------------|--------------|----------------|--------|
| verwijzer         |            |              |                |        |
| Huisarts          | 10         | 19           | 81             | 110    |
| Specialist        | 62         | 10           | 14             | 86     |
| Totaal            | 72         | 29           | 95             | 196    |
|                   | %          | %            | %              | %      |
|                   | 14%        | 66%          | 85%            | 56%    |
|                   | 86%        | 34%          | 15%            | 44%    |
|                   | 100%       | 100%         | 100%           | 100%   |

niet direct toegankelijk. Een verwijzing van een arts (huisarts of specialist) is noodzakelijk. Op grond van dit kenmerk zou men fysiotherapeuten dus niet tot de eerstelijnsgezondheidszorg moeten rekenen. Op deze grond echter vallen apothekers ook buiten de eerstelijns, althans voor wat betreft het distribueren van uitsluitend op recept te verkrijgen geneesmiddelen.

Neemt men het criterium ambulante versus intramurale behandeling, dan kan men stellen dat het werk van fysiotherapeuten evenzeer aan dit kenmerk van het eerste echelon voldoet als het werk van een poliklinisch werkende medisch specialist. De plaats van dit ambulante (extramurale) werk in poliklinieken is niet helemaal duidelijk. In de op stapel staande Algemene Maatregel van Bestuur met betrekking tot de vestigingen van fysiotherapeuten wordt het werk in poliklinieken van inrichtingen buiten het vestigingsbeleid gehouden. De tijd die aan inrichtingen verbonden fysiotherapeuten aan poliklinische werkzaamheden besteden, wordt, ongeacht de herkomst van de patiënten, niet vergelijkbaar gesteld met het werk van de fysiotherapeut in de vrije praktijk. Men gaat ervan uit dat de werkzaamheden van deze fysiotherapeuten via de Wet Tarieven Gezondheidszorg (via beschikkingen van het COTG) kan worden gereguleerd. Tenslotte het criterium 'generalisme versus specialisme'. Dit is ook weer zo'n begrip dat uit de medische wereld afkomstig is. Enerzijds is de fysiotherapie in zekere zin gespecialiseerd (maar minder sterk dan bijvoorbeeld de tandheelkunde en de verloskunde), omdat zij een beperkt deel van de gezondheidsproblemen beslaat (zie bijvoorbeeld de in deze paragraaf beschreven diagnoses van een behandeling ontvangende patiënten). Anderzijds is binnen de fysiotherapie weliswaar sprake van een zekere arbeidsdifferentiatie, maar heeft deze zijn weerslag niet gevonden in gedifferentieerde bevoegdheden of specifieke affichering. Duidelijk is dat de echelonneringsgedachte moeilijk zonder meer toe te passen is. Op zich is er weinig reden om de fysiotherapeuten die in

poliklinieken werken anders in te delen dan de fysiotherapeuten in vrije praktijken, tenzij men als criterium zou toevoegen dat de patiënten via de huisarts moeten zijn verwezen. Om enige indicatie te krijgen van de herkomst van patiënten is voor drie praktijksituaties (vrije praktijk, polikliniek van ziekenhuis en polikliniek van verpleeghuis) nagegaan wie de patiënt heeft verwezen. Van de 196 nieuwe patiënten die gedurende de registratiemaand zijn geteld was de herkomst als volgt: De ziekenhuispraktijk en de vrije praktijk verschillen het sterkst wat betreft de herkomst van de patiënten. In de polikliniek van de beide verpleeghuizen zijn (let echter wel op het geringe aantal) de meeste patiënten van de huisarts afkomstig. Wat herkomst betreft is er dus een duidelijk verschil. Als het nu ook zo is dat van de huisarts afkomstige patiënten en van de specialist afkomstige patiënten sterk verschillen wat betreft hun problematiek, dat zou men een tweede indicatie hebben dat er van een eerste- en tweedelijns fysiotherapie sprake is.

Een derde indicatie zou zijn als fysiotherapeuten bij van specialisten afkomstige patiënten in hoofdzaak andere behandelingen zouden voorstellen dan bij van huisartsen afkomstige patiënten. We hebben daarom gekeken naar de diagnoses van de arts waarmee de patiënt werd verwezen, uitgesplitst naar herkomst van de patiënt. De diagnoses zijn overgenomen van de machtigingsaanvragen of verwijsbrief van de patiënt en zijn gecodeerd volgens de International Classification of Diseases, 9th revision, clinical modification (ICD-9-cm) ((9). Deze classificatie bleek het best bruikbaar voor het onderbrengen van de verschillende diagnoses<sup>4</sup>. De

<sup>1</sup> Vergelijk de oratie van Philipsen over steekproeven (4).

<sup>2</sup> Per 1-1-83 werden 120 gezondheidscentra door het NHI geteld. Van dat aantal was in 68% sprake van een deelname van de discipline fysiotherapie, een percentage dat nog hoger wordt (80%) als men niet alle gezondheidscentra meetelt, maar alleen centra met meer dan 3 disciplines (n=102)<sup>6</sup>

<sup>3</sup> Dat het in de praktijk wel eens anders toegaat doet hieraan niet veel af. Vergelijk overigens het 'Evaluatie-onderzoek Fysiotherapie in Amsterdamse gezondheidscentra'.

<sup>4</sup> In het onderzoek (zie Bartels en Scheepmaker (1), hoofdstuk 5) is geprobeerd de diagnoses te classificeren volgens de International Classification of Handicaps and Impairments (ICDH), de International Classification of Diseases 9th rev. clinical modification (ICD-9-cm), de International Classification of Health Problems in primary care (2nd rev.), (de ICHP<sub>pc-2</sub>) Vooral dankzij de goede documentatie bleek de ICD-9-cm het best te voldoen als codeersysteem. Zie ook Severien (10).

diagnosen zijn weer door de auteurs gegroepeerd in een tiental categorieën, binnen de indeling in hoofdgroepen van de ICD-9-cm. Niet van alle patiënten kon de diagnose worden vastgesteld (bij 18% van de door de huisartsen verwezen patiënten (n=110) en bij 10% van de uit de specialisten-praktijk afkomstige patiënten (n=86) was geen diagnose gesteld). Aan de andere kant konden 10 diagnosen niet worden geclassificeerd: zij behoorden alle bij van huisartsen afkomstige patiënten. Van de patiënten op wier machtiging of verwijfsbrief wel een diagnose stond vermeld, betrof dit in 134 gevallen één diagnose; in 30 gevallen 2 diagnosen en in 3 gevallen 3 diagnosen. Als meerdere diagnosen waren vermeld, is alleen de eerste gecodeerd of de diagnose die overeenkwam met de werkdiagnose van de fysiotherapeut. In het totaal zijn 157 patiënten getypeerd naar hun (voornaamste) diagnose. In tabel 2 zijn de verschillen weergegeven tussen patiënten die via de huisarts dan wel via de specialist de fysiotherapeut bereikten.

Bekijkt men de rangorde dan zijn er grote verschillen aan te treffen bij de groep arthropatieën en psychische stoornissen (beide vaker bij de huisartspatiënten) en bij ongevalsletsels en late gevolgen van ongevallen (beide meer bij de patiënten die via een specialist zijn verwezen). Als men de 14 diagnosen uit de categorie 'overige' buiten beschouwing laat (men houdt dan 143 diagnosen over) dan wordt in 47 (17+17+7+6) van deze 143 gevallen een diagnose gesteld in de groepen waar grote verschillen zijn geconstateerd (d.w.z. ongeveer 1/3 van de gevallen). In 2/3 van de gevallen is de rangorde van de relatieve frequentie van voorkomen niet of nauwelijks verschillend.

Tabel 2: Verdeling van de diagnosen van resp. door huisarts en specialist verwezen fysiotherapie-patiënten naar diagnosegroepen van de ICD-9-cm

| Diagnosegroep                      | huis-arts        | rang-orde | specia-list      | rang-orde | Totaal            |
|------------------------------------|------------------|-----------|------------------|-----------|-------------------|
| Dorsopathieën                      | 23 (29%)         | 1         | 20 (26%)         | 1         | 43 (27%)          |
| Rheuma (muv de rug)                | 16 (20%)         | 2         | 12 (16%)         | 2/3       | 28 (18%)          |
| Arthropatieën                      | 12 (15%)         | 3         | 5 (6½%)          | 6/7/8     | 17 (11%)          |
| Ongevalsletsels                    | 5 (6%)           | 6         | 12 (16%)         | 2/3       | 17 (11%)          |
| Osteopathieën                      | 7 (9%)           | 4         | 6 (8%)           | 5         | 13 (8%)           |
| Overige post-operatieve toestanden | 3 (4%)           | 8         | 5 (6½%)          | 6/7/8     | 8 (5%)            |
| Late gevolgen ongevallen           | 2 (3%)           | 9/10      | 5 (6½%)          | 6/7/8     | 7 (4%)            |
| Psych. stoornissen                 | 6 (7%)           | 5         | 0 (0%)           | 10        | 6 (4%)            |
| Symptomen                          | 2 (3%)           | 9/10      | 2 (3%)           | 9         | 4 (2½%)           |
| Overige diagn.                     | 4 (5%)           | 7         | 10 (13%)         | 4         | 14 (9%)           |
| <b>Totaal</b>                      | <b>80 (100%)</b> |           | <b>77 (100%)</b> |           | <b>157 (100%)</b> |

Tabel 3: Aantal voorgeschreven fysiotherapeutische behandelingen naar verzekeringsvorm van de patiënt

| Aantal behandelingen  | Verzekeringsvorm |      |             |      | Totaal |      |
|-----------------------|------------------|------|-------------|------|--------|------|
|                       | Ziekenfonds      |      | Particulier |      |        |      |
| Geen aantal genoemd   | 52               | 32%  | 21          | 60%  | 73     | 37%  |
| Minder dan 12 behand. | 14               | 9%   | 4           | 11%  | 18     | 9%   |
| 12 behandelingen      | 92               | 57%  | 10          | 29%  | 102    | 52%  |
| meer dan 12 behand.   | 3                | 2%   |             |      | 3      | 2%   |
|                       | 161              | 100% | 35          | 100% | 196    | 100% |

Een duidelijk verschil tussen eerste en tweedelijns fysiotherapie doet zich op grond van deze diagnose-classificatie niet voor. Er is verschil, maar de overeenkomsten overheersen. We zullen ten slotte bekijken of de behandelingen die de fysiotherapeut voorstelt, verschillen voor patiënten die hem via de huisarts bereiken en patiënten die door de specialist zijn verwezen. Bij de indeling van de behandelwijzen die de fysiotherapeut voorstelt, gebruiken we een grove classificatie in: bewegingstherapie/oefentherapie (bij bijna de helft van alle patiënten maakt dit onderdeel van het behandelingsplan uit), massagetherapie (in een vijfde van de gevallen onderdeel van het behandelingsplan) en fysische therapie in engere zin (30% van de gevallen). Bij een uitsplitsing naar patiënten die door een huisarts verwezen zijn en patiënten die door een specialist verwezen zijn, blijkt dat in beide gevallen bewegingstherapie/oefentherapie het

vaakst deel uit maken van het behandelingsplan van de fysiotherapeut; fysische techniek in engere zin staat in beide gevallen op de tweede plaats, terwijl massage-therapie zowel bij patiënten die via de huisarts als patiënten die via de specialist bij de fysiotherapeut komen, het minst vaak voorkomt in het behandelingsplan. De conclusie is dus hetzelfde als die we naar aanleiding van de bespreking van de diagnose-categorieën konden trekken. Bekeken vanuit de diagnose waarmee de patiënten worden verwezen en de behandeling die de fysiotherapeut zich voorstelt, zijn er althans bij de grove categorisering die hier gebruikt is, meer overeenkomsten dan verschillen. Er zijn daarnaast wel andere aspecten te bedenken, waarin de poliklinieken verschillen van de vrije praktijken. De outillage van de poliklinische praktijken en bijvoorbeeld de ervaring van de fysiotherapeuten zouden ertoe kunnen leiden dat toch de diagnose waarmee patiënten verwezen worden of de behandeling anders is. Deze verschillen zijn echter met het door ons verzamelde materiaal niet te achterhalen.

## Fysiotherapie als onderhoudswerk

In de registratieperiode werd 196 maal een nieuwe patiënt geregistreerd en werden 3435 reeds ingeschreven patiënten behandeld. Een kleine rekensom leert dat dit gelijk is aan een verhouding van 1 op 17.5. Deze verhouding doet op het eerste gezicht wat vreemd aan. Men zou, gegeven de strikte richtlijnen van de ziekenfondsen eerder een getal verwachten dat in de buurt van de 12 is gesitueerd. Dit getal 12 vinden we namelijk wel terug als we de aangevraagde machtigingen van de 196 nieuwe patiënten bekijken. Als we het aantal voorgeschreven behandelingen presenteren naar verzekeringsvorm (het richtgetal '12' geldt

niet voor particuliere patiënten) dan zien we het volgende (tabel 3). Bij ziekenfondsverzekerden (82% van de nieuwe patiënten) wordt in bijna éénderde van de gevallen het aantal behandelingen opengelaten en in 57% van de gevallen het aantal van '12' aangehouden. Bij particulier verzekerden is het aantal 'open' behandelingen hoger, maar is toch in 10 van de 35 gevallen sprake van het (ziekenfonds) standaardvoorschrift. Het aanvragen van een 'open' versus het standaard aantal behandelingen is overigens afhankelijk van sommige karakteristieken van de patiënt. In tabel 4 zien we voor mannen en vrouwen per leeftijds-categorie, verdeling van het aantal aangevraagde behandelingen. Uit deze tabel zijn verschillende dingen af te leiden. In de onderste rij getallen is de percentage verdeling van nieuwe patiënten gegeven naar leeftijd en geslacht; in verhoudingsgetallen omgezet betekent dit dat de jongste leeftijdscategorie (< 30 jr) bijna tweemaal zoveel mannen bevat als vrouwen (m/v ratio 1.94), verder dat deze verhouding in de volgende categorieën omgekeerd is (respectievelijk .71 (30-45 jr) en .56 (> 45 jr). Totaal mannen/vrouwen is .83. Voor mannen geldt dat het aantal 'open' en 'standaard' behandelingen géén relatie met leeftijd vertoont (ongeveer 50% 'standaard' en tussen de 35 en 40% 'open'). Voor vrouwen daarentegen loopt het percentage 'open' behandeling van 59% (0-29 jr) via 42% (30-45 jr) naar 25% (> 45 jr). In het standaard aantal is de verhouding precies omgekeerd (resp. 29, 45 en 69%). De kleine aantallen staan het echter niet toe om nader te onderzoeken tot welk verschijnsel de aangetroffen verschillen te herleiden zijn. Al met al kunnen we constateren dat er vaak een zekere vrijheid in het aantal

Tabel 5: Verhouding tussen het aantal nieuwe patiënten en het aantal geregistreerde behandelingen van reeds ingeschreven patiënten naar enkele kenmerken van patiënt en praktijk

| Leeftijd in klassen           | (0-29 jr) 1:17        | (30-45 jr) 1:16     | (45 jr e.o.) 1:19 |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|
| Geslacht                      | (mannen) 1:16.5       | (vrouwen) 1:18      |                   |
| Leeftijd in klassen: - mannen | (0-29 jr) 1:11        | (30-45 jr) 1:19.5   | (45 jr e.o.) 1:20 |
| - vrouwen                     | (0-29 jr) 1:28        | (30-45 jr) 1:14     | (45 jr e.o.) 1:18 |
| Verzekeringsvorm              | (ziekenfonds) 1:17    | (particulier) 1:18  |                   |
| Praktijk setting              | (vrije praktijk) 1:14 | (verpleeghuis) 1:24 | (ziekenhuis) 1:20 |

voorgeschreven behandelingen bestaat die het in het begin van deze paragraaf aangetroffen verhoudingsgetal kunnen verklaren. We nemen aan dat ook de verhouding nieuwe patiënten/ behandelde patiënten niet constant zal zijn. Verzekeringsvorm bijvoorbeeld zal van invloed op deze verhouding zijn en misschien ook verwijzer of praktijksoort van de fysiotherapeut. In tabel 5 is de verhouding nieuwe patiënten/behandelingen weergegeven van een aantal kenmerken van patiënten en praktijken.

De verschillen tussen de verschillende leeftijdscategorieën onderling zijn niet zo groot evenmin als de verschillen tussen mannen en vrouwen. Beziet men de verhoudingsgetallen per leeftijdscategorie voor mannen en vrouwen afzonderlijk dan ziet men behoorlijke fluctuaties van 1 nieuwe patiënt op 11 behandelingen voor mannen onder de 30 jaar tot 1 op 28 voor vrouwen in dezelfde leeftijdsklasse. Eveneens aanzienlijke verschillen vallen er tussen de drie praktijkvormen te

constateren. In de vrije praktijk 1 op 14 en in de polikliniek van het verpleeghuis 1 nieuwe patiënt op 24 behandelingen van oude patiënten. Dit is overigens niet terug te voeren op het aantal aangevraagde behandelingen. (percentage open behandeling voor vrije praktijk, polikliniek en verpleeghuis resp. 41, 35 en 31%. Percentage standaard (12) behandelingen resp. 11, 54 en 66%). Integendeel, de verhouding tussen de drie praktijkvormen is hier precies tegengesteld aan de rangorde van de verhoudingsgetallen die vermeld zijn in tabel 5.

Als we hierbij ook nog het gegeven betrekken dat van de 196 nieuwe patiënten bijna 60% (116 patiënten) al eerder onder behandeling is geweest en van deze 116 patiënten 64% voor dezelfde klacht en van deze groep bijna de helft minder dan een half jaar geleden<sup>1</sup>, dan moeten we wel stellen dat de fysiotherapie een belangrijke rol speelt bij het in beweging houden en onderhouden van een relatief gering aantal patiënten.

Als het echt zo is dat er gemiddeld per patiënt 17 à 18 behandelingen worden geregistreerd en als er gemiddeld ongeveer 20 minuten voor behandeling wordt uitgetrokken dan zouden er bij een normatief aantal werkuren van 1900 niet veel meer dan 300 à 350 patiënten per fysiotherapeut per jaar te behandelen zijn. Dit lijkt erg weinig, wellicht dat hier het verkennende karakter van het onderzoek ons parten speelt. Stof voor nader onderzoek ligt hier duidelijk.

## Discussie

De plaats van de fysiotherapie in het 'echelonneringsdenken' is niet zonder

<sup>1</sup> 16% van de 196 nieuwe patiënten is dus binnen een half jaar opnieuw onder behandeling voor dezelfde klacht. Crebolder<sup>11</sup> geeft in zijn onderzoek aan dat iets meer dan de helft van de in zijn gezondheidscentrum verwezen patiënten al eerder onder behandeling is geweest, van wie 62% voor dezelfde klacht.

Tabel 4: Het aantal aangevraagde behandelingen voor fysiotherapie naar leeftijd en geslacht van 196 nieuwe patiënten.

| Aantal behandelingen | MANNEN      |             |             |             | VROUWEN     |             |             |              | Totaal        |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---------------|
|                      | 0-29 jr     | 30-45 jr    | 45 jr e.o.  | tot. mannen | 0-29 jr     | 30-45 jr    | 45 jr e.o.  | tot. vrouwen |               |
| Open behandeling     | 13<br>(39%) | 10<br>(37%) | 11<br>(38%) | 34<br>(38%) | 10<br>(59%) | 16<br>(42%) | 13<br>(25%) | 39<br>(36%)  | 73<br>(37%)   |
| 12 behandelingen     | 15<br>(45%) | 14<br>(52%) | 15<br>(52%) | 44<br>(49%) | 5<br>(29%)  | 17<br>(45%) | 36<br>(69%) | 58<br>(54%)  | 102<br>(52%)  |
| ≠ 12 behandel.       | 5<br>(15%)  | 3<br>(11%)  | 3<br>(10%)  | 11<br>(12%) | 2<br>(12%)  | 5<br>(13%)  | 3<br>(6%)   | 10<br>(9%)   | 21<br>(11%)   |
| Totaal               | 33<br>(17%) | 27<br>(14%) | 24<br>(15%) | 89<br>(45%) | 17<br>(9%)  | 38<br>(19%) | 52<br>(27%) | 107<br>(55%) | 196<br>(100%) |

meer duidelijk. Formeel gesproken behoort de fysiotherapeut net zo min tot de eerste lijn als de poliklinisch werkende specialist; in de praktijk bestaat de taak van de fysiotherapeut uit het ambulant houden (het ambulant maken) van patiënten met bewegingsmoelijkheden van velerlei aard; een typische zaak voor de eerstelijnszorg. Toch behoort de fysiotherapie niet tot de vier kerndisciplines die in de Nota Eerstelijnszorg (12) zijn genoemd. De gezinszorg heeft de vierde plaats ingenomen in het eerstelijnskwartel. Afgezien van de vraag of het tactisch gesproken niet beter is om te 'vallen' onder een beleid dat vooralsnog termen als 'versterking' en 'uitbreiding' in zijn vaandel heeft, dan geconfronteerd te worden met de ene beperkende maatregel na de andere, zijn er overwegingen te over dat in ieder geval de fysiotherapie in de vrije praktijk als typische eerstelijnszorg kan worden beschouwd.

Het kan natuurlijk zijn dat beleidsvoerders worden afgeschikt van het continue, langdurige karakter van de behandeling van een betrekkelijk kleine groep patiënten. Ook in deze studie vinden we het verschijnsel dat van echte 'nieuwe' patiënten nauwelijks sprake is. Nader

onderzoek zou zich eerder moeten concentreren op deze continuïteit dan op de vraag naar de zin van allerlei fysiotecnische applicaties.

#### Summary

In this article the results are presented of a pilot-study about the position of physiotherapy as ambulatory healthcare. The data were gathered by means of recording information about patients and treatments in three different settings: an independent practice and the out-patient department of a general and a longterm hospital. During one month, two different practices from each setting were recorded. The aim of the study was to answer the question whether the strict division in first line and second line providers could be applied to physiotherapy. The results do not give much evidence for the existence of a typical first line or second line physiotherapy (in ambulatory care). Furthermore it was found that physiotherapists treat a relatively small number of patients for a long period of time.

#### Literatuur

- ( 1.) Bartels, M.; L. Scheepmaker, *Het patiëntenaanbod in zes fysiotherapiepraktijken*, Utrecht, 1983, scriptie S.U.P.A. 1983.
- ( 2.) Kerkhoff, A. H. M., *Huisarts en Fysiotherapeut: het verwijsgedrag van huisartsen in het licht van art. 47-3 Ziekentondswet*, Medisch Contact (1982)- 991-997.
- ( 3.) Kerkhoff, A. H. M.; M. P. Hagenstein-'t Mannetje, *Sturen met de*

- geldkraan: Over het effect van enkele beperkende maatregelen in de fysiotherapie*, Medisch Contact (1983)- 185-189.
- ( 4.) Philipsen, H., *Steekproeven*, Leidse Universitaire Pers, 1969.
  - ( 5.) Buyten, N. T.; R. van der Hoogen, A. E. Monteny, H. O. in 't Veld en H. Lamberts, *Fysiotherapie: vierde in het eerstelijns kwartel*, Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie (1977) 374-380.
  - ( 6.) Boerma, W. G. W., *Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1983*, Utrecht, 1983, Nederlands Huisartsen Instituut.
  - ( 7.) Bertels, M.; L. ten Brummeler, C. van Dijkum, R. Giebels en J. van der Mannen, *Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam*, Amsterdam, 1983, OSA-publicatie 5.
  - ( 8.) Kortenhoeven, D., *Verboden Toegang voor Onbevoegden; de ontwikkeling van het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepsuitoefening*, Utrecht, 1981, Nederlands Huisartsen Instituut.
  - ( 9.) Stichting Medische Registratie, *classificatie van ziekten 1980*, gebaseerd op de International Classification of Diseases, 9th revision, clinical modification, dl 1 en 2, Utrecht, 1981
  - (10.) Severien, R., *Registratie en Classificatie in de huisartspraktijk, deel III: Haalbaarheid van het centraal coderen van klachten, ziekten en problemen in de huisartspraktijk*, Utrecht, 1984, Nederlands Huisartsen Instituut.
  - (11.) Crebolder, H. F. J. M., *Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen*, Huisarts en Wetenschap 26 (1983) 42-48, 62
  - (12.) Nota Eerstelijnszorg, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983.

## Boekbesprekingen

**Repetitieboek anatomie en fysiologie**  
C. A. Bastiaansen en A. A. F. Jochems  
Uitgeverij Elsevier, Amsterdam. Prijs f 25,50.

Ten behoeve van de in opleiding zijnde A-verpleegkundigen, is door de auteurs een repertorium samengesteld die overeenkomt met de omschrijving leerstof Anatomie en Fysiologie A-verpleegkunde. In hun voorwoord stellen de auteurs dat ook anderen werkzaam of studierend voor een beroep in de gezondheidszorg, waaronder de fysiotherapeut, het boek kan gebruiken. Helaas, hebben de beide schrijvers zich dan niet verdiept in de omschrijving leerstof Anatomie en Fysiologie voor fysiotherapeuten. Zij zouden anders wel beter weten. Voor de studerenden fysiotherapie heeft het boek geen nut.  
P. J. M. Helden

**Strategische beleidsvorming in de gezondheidszorg**  
W. B. de Greve, (red.), A. C. J. de Leeuw, E. W. Roscam Abbing, P. A. Verbaak en C. J. Al.  
Uitgeverij: Stafleu, Alphen aan de Rijn.

Prijs: als los nummer f 43,50.  
Abonnement 4 delen f 139,-.

Dit is het tweede kwartaalschrift uit de reeks 'Leiding en organisatie in de gezondheidszorg' (voor recensie eerste kwartaalschrift zie Ned. T. Fysiotherapie 93 (1983), 7/8, pag. 241). In de inleiding gaat de Greve in op het begrip strategische beleidsvorming, hetgeen te omschrijven valt als 'het geheel van reacties op nieuwe omstandigheden.' Gelet op de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg is thans sprake van 'nieuwe omstandigheden'.

Dit tweede deel van de reeks vormt een uitstekend hulpmiddel bij het zoeken naar antwoorden op die nieuwe ontwikkelingen. In deze uitgave wordt getracht de strategische beleidsvorming te benaderen vanuit de non profit sector. Hoofdstuk 2 is gewijd aan een vertaling van het reeds ontwikkelde strategisch beleid in de profit sector naar de non profit sector, waarbij begrippen en dergelijke worden afgebakend. De volgende drie hoofdstukken zijn gericht op de operationalisatie van de strategische

beleidsvorming vanuit macro-, meso-, en microniveau. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een literatuurlijst. Op het eerste gezicht lijkt het onderwerp wat ver te staan van de dagelijkse fysiotherapeutische praktijk. Gelet op de behoefte tot innovatie van het beleid rond de fysiotherapie is dit boek aan te bevelen voor een ieder, die aan deze innovatie deelneemt. Speciaal aanbevolen voor hoofden afdelingen/diensten fysiotherapie.  
R. Sneep

**Scholing en nascholing dermatovenerologie voor de eerste lijn**  
J. J. E. van Everdingen et al (red.)  
Uitgave Stafleu, Alphen aan den Rijn.  
Prijs: f 29,75.

Een voor de arts en apotheker geschreven naslagwerk, en voor de student in de resp. vakken bedoeld studieboek. Het werk bevat een basiskennis der dermatologie, waarin naast een korte uiteenzetting van de huid, de belangrijkste aandoeningen van de huid worden besproken. Het geheel heeft een diagnostisch en therapeutisch karakter, hetgeen gezien de doelgroep niet verwonderlijk is. Voor de fysiotherapeut heeft het boek geen belangrijke waarde.  
P. J. M. Helden