

Fysiotherapie in Nederland: een overzicht

C.M. van Heugten, P.M. Rijken en J. Dekker

Het Nivel heeft begin vorig jaar in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het 'Brancherapport paramedische zorg' geschreven. Dit rapport biedt een toegankelijk en geïntegreerd overzicht van de beschikbare informatie over de paramedische sector. Het overzicht heeft betrekking op de intra- en extramurale zorg door de tien paramedische beroepsgroepen: diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, mondhygiëne, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, orthoptie, podotherapie en radiologisch laboranten. Dit artikel is een verkorte weergave van het hoofdstuk over de fysiotherapie.

Voor een volledige weergave verwijzen wij graag naar het betreffende hoofdstuk in het 'Brancherapport paramedische zorg'. Het rapport is in 1996 uitgegeven bij het Nivel (Rijken, Van Heugten & Dekker).

Methodes

Voor het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van de tot februari 1996 beschikbare informatie. Er zijn geen nieuwe gegevens verzameld. Het betreft zowel incidenteel als continu verzamelde informatie.

In dit artikel wordt onderscheid gemaakt tussen intramurale gezondheidszorg en extramurale gezondheidszorg. Onder intramurale gezondheidszorg wordt verstaan de zorg die wordt verleend binnen het gebouw van de betrokken instelling. Dit betekent dat zowel klinische als poliklinische zorg als intramuraal wordt beschouwd.

De extramurale gezondheidszorg wordt buiten de muren van de instelling verleend. Het betreft hier zowel de zorg in de (vrijgevestigde) praktijk van de fysiotherapeut als de zorg bij de patiënt thuis.

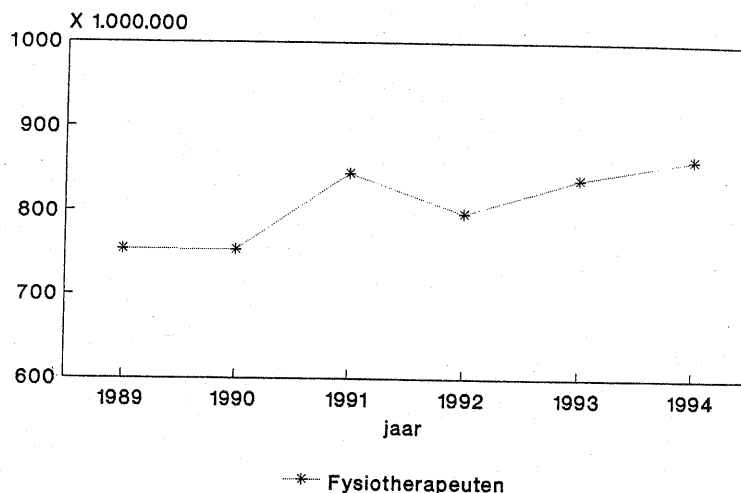
Onder de extramurale gezondheidszorg wordt ook de basisgezondheidszorg, zoals gezondheidsdiensten en kruiswerk, gerekend.

Naast deze tweedeling wordt de categorie 'overig' onderscheiden. Daarin vallen fysiotherapeuten die werkzaam zijn buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in het onderwijs, bij de overheid of in het bedrijfsle-

ven. In sommige van de gebruikte bronnen wordt een andere indeling gehanteerd. In dat geval is dit in de tekst vermeld.

Kosten

In 1994 is voor 863 miljoen



Figuur 1

Ontwikkeling van de kosten van fysiotherapie in het kader van de Ziekenfondswet vanaf 1989. Bron: Ziekenfondsraad (1995), Financieel Jaarverslag 1994.

gulden uitgegeven aan fysiotherapeutische hulp inzake de Ziekenfondswet. Fysiotherapie maakt ongeveer 90 procent van de totale kosten van paramedische hulp uit. In 1990 is een sterke toename in de kosten waar te nemen, terwijl in 1992 de groei in de fysiotherapie gestopt lijkt te zijn. (36) In figuur 1 is de ontwikkeling van de kosten voor fysiotherapie weergegeven. De kosten voor hulp aan particulier verzekerden, met uitzondering van publiekrechtelijk verzekerden, waren 299 miljoen in 1991. Daarbij gaat het om fysiotherapie en oefentherapie. De kosten lieten een daling zien tot 275 miljoen in 1993, waarna ze in 1994 weer stegen tot 299 miljoen. (34)

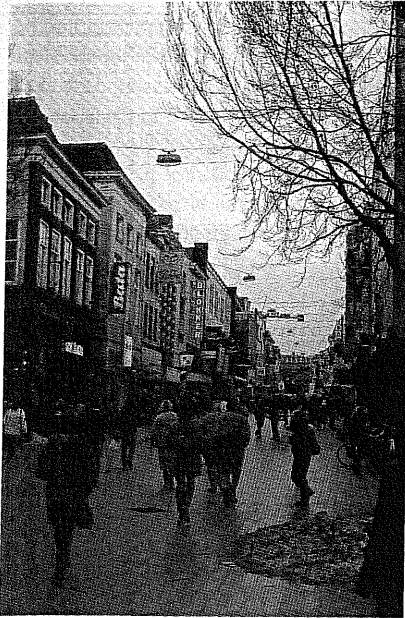
Aantal fysiotherapeuten

Bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg stonden per 31 december 1994 29.772 gekwalificeerde fysiotherapeuten geregistreerd. Dat is een aanzienlijke toename ten opzichte van 1990 (25.755). Eind 1994 werkten 11.701 fysiotherapeuten in de eerste lijn. Zeventig procent van hen is vrijgevestigd praktijkeigenaar of maatschapphouder. De overige 30 procent is in loondienst bij een praktijk of maatschap. (24)

Exacte gegevens ontbreken over het aantal intramuraal werkzame fysiotherapeuten. Naar schatting werkten in 1994 zo'n 4.000 fysiotherapeuten in ziekenhuizen, revalidatiecentra, verpleeghuizen en instellingen voor gehandicapten. (24) Aangezien gegevens over deze groep ontbreken, wordt alleen ingegaan op de extramuraal werkende fysiotherapeuten.

Kenmerken beroepsgroep

In 1994 telde Nederland 4578 fysiotherapiepraktijken. In ruim 40 procent van de praktijken werkt slechts één fysiothera-



In 1994 bezochten 2,1 miljoen mensen een of meerdere malen een fysiotherapeut.

peut. In 21 procent van de praktijken werken twee fysiotherapeuten en in 14 procent drie. Het aantal praktijken met tien of meer fysiotherapeuten vormt 1 procent van het totaal.(24)

Van de extramuraal werkzame fysiotherapeuten is 51 procent van het mannelijk geslacht. De groep extramuraal werkende fysiotherapeuten is gemiddeld jong: 55 procent is jonger dan 40 jaar. Slechts 4 procent is ouder dan 55 jaar. Vrouwen hebben een wat jongere leeftijdsopbouw dan mannen. Zo is 17 procent van de vrouwen jonger dan 30 jaar, tegen 7 procent van de mannen.(24)

Fysiotherapeuten werken gemiddeld 33 uur per week. Tussen de werkweek van mannen en vrouwen bestaan grote verschillen. Mannen werken gemiddeld 40

Tabel 1

	klinische verrichtingen	poliklinische verrichtingen
Algemene ziekenhuizen	3.669,9	1.218,4
Academische ziekenhuizen	522,0	92,8
Categoriale ziekenhuizen *	254,5	21,8
Totaal	4.446,3	1.333,1

Aantal klinische en poliklinische verrichtingen fysiotherapie, inclusief logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck, in de Nederlandse ziekenhuizen in 1992 (x 1000).

* = exclusief revalidatie-instellingen.

Bron: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1993.

uur en vrouwen 25 uur per week. Ook bestaan er verschillen in het aantal uren naar functie. Praktijk eigenaren werken gemiddeld 36 uur per week, terwijl medewerkers in loondienst een gemiddelde werkweek van 25 uur maken.(24)

Spreiding beroepsgroep

Per 1 januari 1993 bedroeg het aantal inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut 1.715. Er zijn echter grote regionale verschillen. In Noord-Holland en Utrecht wordt een dichtheid geconstateerd van respectievelijk 1.417 en 1.483 inwoners per fysiotherapeut. In Drenthe en Flevoland zijn er respectievelijk 2.384 en 2.318 inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut.

In figuur 2 is de fysiotherapeutendichtheid per WGR-subregio in beeld gebracht. In sterk verstedelijkte gebieden ligt het aantal inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut onder de 1.500 (ofwel een hoge fysiotherapeutendichtheid). Een lage dichtheid wordt aangetroffen in de regio's Voorne-Putten, Drenthe en de Flevopolders.(11)

Vraag naar zorg

De informatie over het gebruik van zorg, de verwijzing, de kenmerken van patiënten, hun diagnose en behandeling is ver-

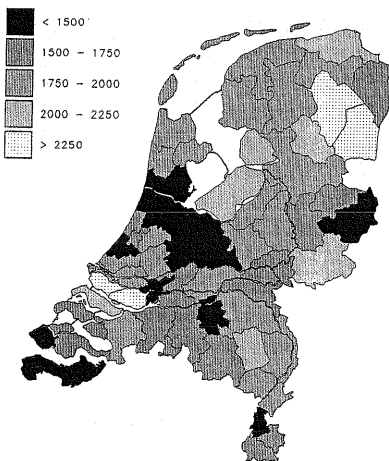
kregen uit het project 'Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramuraal fysiotherapie' (BEEF) en het project 'Fysiotherapie ontwikkelings netwerk' (FON).(2,33,35) Beide projecten betreffen registratie-onderzoek in de extramuraal fysiotherapie.

In het kader van het BEEF-project hebben fysiotherapeuten uit 32 praktijken van 1989 tot en met 1992 gegevens geregistreerd van 17.201 behandelingen (13.709 patiënten). Binnen het project FON zijn twee registratie-onderzoeken uitgevoerd, een met behulp van het Basis Registratieformulier Fysiotherapie (BRF) en een met behulp van het registratieformulier Profiel Patiëntenpopulatie (PPP).

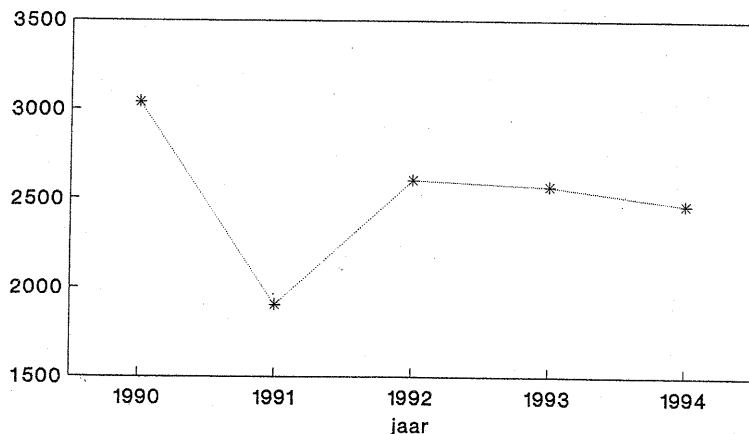
In de tabellen bij dit artikel zijn alleen de BEEF-gegevens opgenomen. Voor een vergelijking met de resultaten van BRF en PPP verwijzen we naar het 'Brancherapport'. Waar andere bronnen zijn gebruikt, staat dat vermeld.

Volume van zorg

In tabel 1 staat het aantal klinische en poliklinische verrichtingen fysiotherapie, inclusief oefentherapie Cesar/Mensendieck en logopedie, in de Nederlandse ziekenhuizen in 1992. Er is sprake van een lichte daling in het aantal verrichtingen, zowel klinisch als poliklinisch, ten opzichte van



Figuur 2
Aantal inwoners per full-time equivalent fysiotherapeut in de WGR-subregio's op 1 januari 1993. Bron: L. Hingstman en J. Harmsen (1994), Beroepen in de extramuraal gezondheidszorg 1994.



* Aantal zittingen

Figuur 3
Aantal zittingen per duizend ziekenfondsverzekerden, 1990-1994. Bron: Ziekenfondsraad (1995), Financieel Jaarverslag 1994.

voorgaande jaren.(17) In 1993 bedroeg het aantal klinische verrichtingen per honderd opnamen in de algemene ziekenhuizen 252,95 en het aantal poliklinische verrichtingen per duizend polikliniekbezoeken 58,66.(19) In de academische ziekenhuizen bedroeg het aantal klinische verrichtingen per honderd opnamen 248,87 en het aantal poliklinische verrichtingen was 27,15 per duizend polikliniekbezoeken.(18)

Bij de Nederlandse ziekenfondsen zijn in 1994 20.804.093 zittingen gedeclareerd.(36) Per duizend ziekenfondsverzekerden gaat het om 2.172,9 zittingen. Het aantal zittingen is met 1,9 procent gedaald ten opzichte van 1993. Figuur 3 geeft de trend in het aantal zittingen extramurale fysiotherapie over de periode 1990-1994 weer.

Gebruik van zorg

De continue Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek geeft inzicht in het gebruik van fysiotherapeutische zorg. Het CBS neemt de Gezondheidsenquête jaarlijks af bij acht- tot tienduizend personen uit de totale niet-institutionele bevolking van Nederland. In 1994 bezochten bijna 2,1 miljoen personen een of meerdere malen een fysiotherapeut. Van 1981 tot 1990 steeg het percentage personen uit de bevolking dat contact had met een fysiotherapeut van 6,6 naar 14,3. Vanaf 1991 is sprake van een stabilisatie op ongeveer 13,7 procent. De gespecificeerde percentages naar geslacht laten zien dat er sprake was van een grotere toename bij vrouwen dan bij mannen. Vanaf 1991 heeft zich een lichte daling ingezet bij mannen; bij vrouwen is de laatste jaren echter weer sprake van een stijgende lijn. Tot 1990 was de toename bij ziekenfondsverzekerden groter dan bij particulier verzekerden. Sindsdien heeft de situatie zich gestabiliseerd. De veranderde leeftijdsopbouw van de bevolking blijkt slechts een relatief geringe invloed te hebben gehad op deze trends.(30)

Omvang van behandeling

Tabel 2 geeft een frequentieverdeling weer van het aantal zittingen dat aan een

Tabel 2

Aantal zittingen	Percentage
1 - 5	19,8
6 - 10	31,3
11 - 15	26,6
16 - 20	8,8
21 - 30	8,7
31 - 50	3,1
51 en meer	1,7

Frequentieverdeling van het aantal zittingen per behandeling (N=17.201). Bron: R.W.A. van der Valk et al (1995), Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989-1992.

behandeling kan worden toegeschreven. Uit een onderzoek van Roebroek et al blijkt dat het aantal zittingen per behandeling groter is bij vrouwen, ouderen, ziekenfondsverzekerden, lager opgeleiden en niet-werkzame personen.(27) Tevens is het aantal zittingen groter indien de aandoening of klachten al langere tijd aanwezig zijn, indien men voor de klacht eerder fysiotherapeutische behandeling onderging en indien men ook psychosociale gevolgen van de klacht ondervindt. Verwijsindicaties waarbij het aantal zittingen relatief groot is, zijn gonarthrosis, acute traumata van menisci en kniebanden, andere ziekten van het bewegingsapparaat en andere ziekten van het zenuwstelsel. Het aantal zittingen is eveneens relatief groot bij stoornissen met betrekking tot krachtsvermindering, ademhaling, de circulatie en het zenuwstelsel, en bij beperkingen in de zelfverzorging. Overigens bestaan er aanzienlijke verschillen in het aantal zittingen per behandeling binnen elke afzonderlijke categorie. Het gemiddeld aantal zittingen per behandeling is afgenomen tussen 1989 en 1992.

Periode en locatie

De periode van behandeling is weergegeven in tabel 3. Ruim een kwart van de behandelingen duurt een tot vier weken. Bijna 20 procent duurt vier tot zes weken en een derde van de behandelingen duurt zes weken tot drie maanden. Van de 223.451 zittingen geregistreerd in

Tabel 3

Periode	Percentage
T/m 1 week	7,3
1 t/m 4 weken	27,4
4 t/m 6 weken	19,7
6 t/m 13 weken	33,3
Meer dan 13 weken	12,3
Totaal	100,0

Periode van de fysiotherapeutische behandeling (N=17.201). Bron: R.W.A. van der Valk et al (1995), Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989-1992.

het BEEF-project vond het grootste deel (88,6 procent) plaats in de praktijk van de fysiotherapeut; 11,2 procent vond plaats bij de patiënt thuis. Van 0,2 procent is de locatie van behandeling niet bekend.

Verwijzing

Het grootste deel van de patiënten (81 procent) wordt door een huisarts verwezen; 16 procent is verwezen door een medisch specialist. De specialisten die het meest verwijzen voor fysiotherapie, zijn de orthopeed, chirurg en neuroloog. De resterende 3 procent van de patiënten komt op eigen initiatief of is verwezen door een verpleeghuisarts of bedrijfsarts.

Kerssens en Curfs hebben nader onderzoek gedaan naar de verwijzingen door de huisarts.(12) Ze maakten daarbij gebruik van een registratie in 1985 bij 59 huisartsen die deelnamen aan het project 'Continue morbiditeits registratie peilstations Nederland'. Deze huisartsen hebben een jaar lang alle patiënten die zij verwezen naar de fysiotherapeut geregistreerd. Het verwijscijfer is 81 per duizend personen ingeschreven bij een huisarts; het gaat om ongeveer 47 nieuwe verwijzingen en 34 verlengingsverwijzingen per duizend. Het verwijscijfer bij vrouwen is hoger dan het verwijscijfer bij mannen. Tevens neemt het verwijscijfer toe met de leeftijd: bij 65-plussers is het aantal verlengingsverwijzingen groter dan het aantal nieuwe verwijzingen. Het verwijscijfer is bij ziekenfondsverzekerden aanmerkelijk hoger dan bij particulier verzekerden.

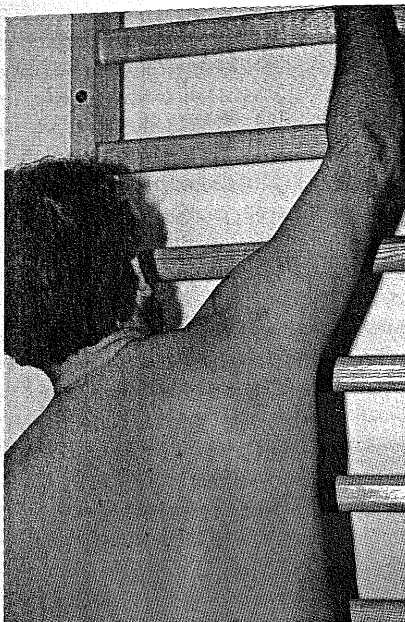
Uit de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is eveneens informatie verkregen over de verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten.(32) In dit project hebben 161 huisartsen in 1987/1988 gedurende drie maanden alle contacten met patiënten geregistreerd. In totaal zijn gegevens verzameld van 301.674 zorgepisoden. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de huisarts in 2,6 procent van alle gevallen verwijst naar de fysiotherapeut. Bij 16 procent van de gepresenteerde aandoeningen van het bewegingsapparaat verwijst de huisarts naar de fysiotherapeut. Bij aandoeningen van het zenuwstelsel wordt in bijna 3 procent van de gevallen verwezen; bij psychische aandoeningen in ruim 1 procent van de gevallen. Voor alle overige diagnosegroepen, zoals hart en vaatziekten, ademhaling en urologie, is het percentage verwijzingen naar de fysiotherapeut minder dan 1 procent.

Kenmerken patiënten

Het blijkt dat iets meer vrouwen dan mannen een fysiotherapeutische behandeling ondergaan. De helft van de patiënten is tussen 15 en 45 jaar. Het percentage kinderen onder 15 jaar onder behandeling van een fysiotherapeut is zeer gering (nog geen 3 procent). Bijna driekwart van de patiënten is ziekenfondsverzekerd. Fysiotherapiepatiënten zijn in vergelijking tot de algemene bevolking lager opgeleid. Ruim de helft van de patiënten heeft een baan, maar ongeveer een derde van deze werkenden geeft aan tijdelijk ziek te zijn. Opgemerkt moet worden dat bijna 11 procent van de patiënten niet naar beroepsstatus kon worden ingedeeld vanwege te weinig of tegenstrijdige informatie.

Verwijsindicatie

De verwijsindicaties in het BEEF-project zijn ingedeeld op basis van de *International Classification of Primary Care* (ICPC). De twintig meest voorkomende verwijsindicaties vormen samen ruim driekwart van het aantal geregistreerde verwijsindicaties.(33)



Fysiotherapeuten kiezen hun behandeldoelen het meest op het niveau van stoornissen. Het blijkt dat zij pijnbestrijding, herstel van een verminderde bewegingsuitslag en regulering van de tonus het meest frequent als behandelgoal kiezen. Dat komt overeen met de meest frequent vastgestelde stoornissen.

Deze verwijfsindicaties hebben vooral betrekking op rug-, nek- en schouderklachten. Ook knieklachten zijn ruim vertegenwoordigd. Deze gegevens zijn afkomstig uit het registratie-onderzoek onder fysiotherapeuten.

In de Nationale studie naar ziekten en verichtingen in de huisartspraktijk hebben huisartsen de diagnose geregistreerd van de patiënten die zij verwezen naar de fysiotherapeut. (32) Van het aantal verwijfsingen heeft 86 procent betrekking op aandoeningen van het bewegingsapparaat, 4 procent op psychische klachten en 3 procent heeft te maken met aandoeningen van het zenuwstelsel.

De meest voorkomende diagnoses van huisartspatiënten die naar de fysiotherapeut worden verwezen, zijn myalgie/fibrositis, lumbago, schouderafwijking, tendinitis/synovitis en epicondylitis lateralis.

Diagnostische bevindingen

Fysiotherapeuten baseren hun behandelplan niet uitsluitend op de medische diagnose of verwijfsindicatie, maar verrichten ook zelf diagnostisch onderzoek. Hun diagnostische bevindingen kunnen worden onderscheiden in stoornissen en beperkingen.

Pijn is een stoornis die bij vrijwel alle patiënten aanwezig is. Een verminderde bewegingsuitslag wordt bij bijna 80 procent van de patiënten vastgesteld. Bewegingsbeperkingen worden het meest waargenomen in de gewrichten van de wervelkolom/rug en in de schouder- en kniegewrichten. Een afwijkende tonus van

Tabel 4

Interventies behandelingen	Percentage van alle toegepaste interventies	Percentage waarin interventie is toegepast
Massagetherapie	24,0	65,1
massage therapie	22,3	62,6
bronchiaal toilet	1,0	1,5
overig	0,7	2,9
Manuele therapie *	11,2	33,3
Bewegingstherapie	19,9	56,9
bewegingstherapie	19,4	56,4
overig	0,5	1,1
Fysische therapie	21,4	57,8
interferentie	6,1	21,0
ultrageluid	7,0	23,0
hoogfreq. elektrother.	3,0	11,1
warmte en koude	2,8	10,3
diadynamische stroomvormen	0,5	1,9
overig	2,1	7,4
Instructie en advies	11,2	50,6
instructie oefeningen	9,6	45,6
adviseren leefregels	1,6	15,2
Overige interventies	12,3	91,2
bandageren	0,7	3,6
onderzoeken	7,4	87,0
overig	4,3	35,0

Toegepaste interventies, relatief aandeel in totaal van interventies en het percentage van behandelingen waarin de interventie is toegepast (N=17.201). Bron: R.W.A. van der Valk et al (1995), Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989-1992.

* Met de behandelvorm manuele therapie wordt niet verwezen naar de verbijzondering, maar naar een niet nader omschreven categorie manuele therapie.

musculatuur wordt eveneens bij een ruime meerderheid van de patiënten vastgesteld. Bij ongeveer 40 procent van de patiënten is daarnaast sprake van houdingsstoornissen en krachtvermindering.

De meest voorkomende beperkingen zijn beperkingen bij huishoudelijke activiteiten, in de beroepsuitoefening en bij het zich verplaatsen. De helft van de patiënten heeft tevens last van beperkingen in de lichaamsbeheersing.

Behandeldoelen

Fysiotherapeuten kiezen hun behandeldoelen het meest op het niveau van stoornissen. Het blijkt dat zij pijnbestrijding, herstel van een verminderde bewegingsuitslag en regulering van de tonus het meest frequent als behandelgoal kiezen. Dat komt overeen met de meest frequent vastgestelde stoornissen.

Beperkingen worden relatief weinig als behandelgoals gekozen. We noemen hier de belangrijkste: vermindering van beperkingen in het handhaven van het normale tempo in het beroep (23 procent), vermindering van beperkingen in het lopen

(15 procent) en vermindering van beperkingen in het langere tijd zitten (8 procent).

Interventies

Fysiotherapeuten beschikken over een breed scala aan interventies en behandelvormen. Vaak passen ze gedurende een behandeling meerdere interventies toe. De toegepaste interventies zijn in tabel 4 weergegeven. In de middelste kolom staat vermeld welk aandeel de betreffende interventie heeft in het totaal van alle toegepaste interventies. In de rechterkolom staat in welk percentage van de behandelingen de betreffende interventie is toegepast.

Uit de tabel blijkt dat massagetherapie en fysische therapie het grootste deel uitmaken van het totaal aan toegepaste behandelvormen. Ook bewegingstherapie neemt een belangrijke plaats in de behandeling in. In het

merendeel van de behandelingen wordt ten minste eenmaal massagetherapie (65 procent), fysische therapie (58 procent) of bewegingstherapie (57 procent) toegepast. In de helft van de behandelingen wordt ten minste eenmaal ook instructie en advies gegeven aan de patiënt. De categorie 'Overige interventies' laat zien dat in meer dan 90 procent van de behandelingen nog andere interventies worden toegepast. Het gaat daarbij met name om het lichamelijk onderzoek van de patiënt.

Kwaliteitsbeleid

De stand van zaken met betrekking tot het kwaliteitsbeleid is in 1995 geïnventariseerd met een enquête onder de paramedische beroepsverenigingen. (3) Deze enquête maakte onderdeel uit van de eerste evaluatie van het programma 'Ondersteuning kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg' dat wordt uitgevoerd door het CBO en het NPi.

Het CBO onderscheidt drie fasen in de zorg voor kwaliteit: (31)

1. normering (specificeren van de te verlenen zorg)

2. verbetermethodes/acties (ontwikkelen van acties ter verbetering)

3. behoud en borging

Op welke wijze de beroepsvereniging invulling geeft aan dit referentiekader, kan worden afgeleid uit het ontwikkelde kwaliteitsbeleid.

KNGF, LVFD en VVF zijn bezig om een gezamenlijk kwaliteitsbeleid op schrift te stellen. Er is een kwaliteitsfunctionaris aangesteld en er is gewerkt aan de vorming en training van een landelijk netwerk van lokale en regionale kaderleden, die een belangrijke rol moeten gaan spelen bij de implementatie van het kwaliteitsbeleid.

De fysiotherapie beschikt over een uniform classificatiesysteem van stoornissen en beperkingen op basis van de ICIDH.(8) Er bestaan uniforme richtlijnen voor de verslaglegging en er is een ontwerpstandaard voor de Classificatie van verrichtingen door de paramedische bewegingsberoepen.(21,25)

Normering

De binnen de fysiotherapie ontwikkelde normen en criteria vallen uiteen in drie hoofdgroepen:

- normen en criteria voor de attitude van de beroepsbeoefenaar, zoals een beroepsprofiel, beroepscode en modelovereenkomst

- normen en criteria voor het methodisch/technisch handelen, zoals centrale richtlijnen en profielschetsen

- normen en criteria voor de organisatie van de beroepsuitoefening, zoals eisen ten aanzien van de inrichting van de werkplek.

Verbetermethodes

De beroepsverenigingen houden zich niet direct bezig met de kwaliteit van de initiële opleiding; dat is de verantwoordelijkheid van de opleidingen zelf. De opleidingseisen zijn geregeld via een Algemene Maatregel van Bestuur. Wel beschikken de beroepsverenigingen over een overzicht van het aanbod aan na- en bijscholing. Op dit moment wordt gewerkt aan criteria waaraan na- en bijscholing moeten voldoen, evenals criteria voor herintreders. Het KNGF schat dat ongeveer een kwart van de intramuraal werkende fysiotherapeuten aan een vorm van toetsing deelneemt, naast de toetsing door de hoofden van afdelingen.(6) In de extramuraal fysiotherapie verkeert toetsing nog in het experimentele stadium.

Behoud en borging

In het kader van de Wet BIG zal de overheid een registratiesysteem instellen van bevoegde fysiotherapeuten. In het beleid van het KNGF zullen plannen voor de herregistratie gekoppeld aan kwaliteitseisen nader worden uitgewerkt. Enkele deelverenigingen in de fysiotherapie hanteren op dit moment zelf reeds dergelijke herregistratiesystemen. In een aantal regio's worden kwaliteitseisen in overeenkomsten met verzekeraars vastgelegd.

Onderzoek

Het aantal en het soort onderzoeksprojecten op het gebied van de fysiotherapie vormen een indicatie voor de inspanningen ter verbetering van de doelmatigheid van fysiotherapeutische zorg.

Van Heugten et al hebben alle Nederlandse onderzoeken en internationale meta-studies geïnventariseerd, die tussen 1985 en 1995 zijn uitgevoerd.(10) Daarbij zijn de volgende soorten onderzoeksprojecten onderscheiden:

1. onderzoek naar taken en functies: welke werkzaamheden worden verricht?
2. onderzoek naar patiënten en verwijzers: welke patiënten zijn behandeld en wie heeft hen verwezen?
3. onderzoek naar de ontwikkeling van interventies: welke behandelingen worden toegepast?
4. onderzoek naar de effectiviteit van interventies
5. onderzoek naar kwaliteitsbewaking en -

Tabel 5

Aandachtsgebied	Aantal
Taken en functies	32
Patiënten en verwijzers	21
Interventies	130
preventie en voorlichting	8
rug, nek, schouder	13
traumata en postoperatief	28
reumatoïde aandoeningen	5
hart- en vaatziekten	11
aandoeningen van de luchtwegen	8
hersensletsel	4
chronisch zieken	10
pijn	3
incontinentie	7
kinderrevalidatie	14
diversen	19
Effectiviteit	85
rug, nek, schouder	15
traumata en postoperatief	15
reumatoïde aandoeningen	9
hart- en vaatziekten	1
aandoeningen van de luchtwegen	9
hersensletsel	3
chronisch zieken	7
pijn	1
incontinentie	2
kinderrevalidatie	6
hulpmiddelen	4
diversen	5
meta-studies	8
Kwaliteit	31
Meetinstrumenten	81
Overig	33
Totaal	413

Aantal onderzoeken per aandachtsgebied (1985-1995). Bron: C.M. van Heugten et al (1995), Programmering van onderzoek naar doelmatigheid van paramedische zorg: een verkennende studie.

verbetering, onder andere normering, protocollering en toetsing

6. onderzoek waarbij meetinstrumenten voor diagnostiek, effectmeting en kwaliteitsbewaking zijn ontwikkeld.

In vergelijking tot de andere paramedische beroepen is in de fysiotherapie relatief veel onderzoek verricht (413 studies). Uit tabel 5 blijkt dat er vooral veel interventiestudies zijn uitgevoerd (130).

Interventiestudies betreffen vooral de ontwikkeling van behandelprogramma's, explicitering van interventies en studies waarin behandelmethoden worden geëvalueerd. De meeste studies hebben betrekking op interventies bij traumata en postoperatieve klachten, kinderrevalidatie, de behandeling van rug-, nek- en schouderklachten en trainingsprogramma's bij hartpatiënten.

Van de 85 verrichte effectstudies hebben er vijftien betrekking op rug-, nek- en schouderklachten. Het doel is met name de effectiviteit van bepaalde interventies bij lage-rugklachten vast te stellen. Tevens zijn vijftien effectstudies naar traumata en postoperatieve klachten uitgevoerd. Specifieke interventies zoals lasertherapie bij enkeltraumata, ultra-geluid, myofeedback en oefentherapie bij nek- en schouderklachten zijn op hun effectiviteit onderzocht. Ook is veel onderzoek (81 studies) verricht naar (de ontwikkeling van) meetinstrumenten. De toepasbaarheid van de ICIDH stond in acht projecten centraal. In 26 onderzoeksprojecten zijn meetinstrumenten ontwikkeld, bijvoorbeeld voor spierkracht, spierfunctie, motoriek, looppatroon en houdings- en bewegingsgedrag.

Wet BIG

De beroepsvereniging van fysiotherapeuten besteedt momenteel de nodige aandacht aan de inwerkingtreding van de Wet BIG. In tegenstelling tot de andere paramedische beroepsgroepen valt de fysiotherapie in de Wet BIG onder de artikel-3 regeling. Een belangrijke element uit deze regeling is dat de overheid een registratiesysteem van bevoegde fysiotherapeuten instelt. In het beleid van de beroepsvereniging worden plannen ten aanzien van herregistratie uitgewerkt. Naar verwachting treedt de Wet BIG eind 1997 in werking.

Financiering

Wat betreft de organisatie van de financiering van de gezondheidszorg vindt een herordening plaats in drie compartimenten:

1. de langdurige zorg en de onverzekerbare risico's, zoals de verpleeghuiszorg en de gehandicaptenzorg, vallen onder de AWBZ

2. de kortdurende en curatieve zorg, zoals de ziekenhuiszorg en de huisarts, worden vanuit de Ziekenfondswet betaald

3. voor de zorg die niet onder het wettelijk verzekerd pakket valt, kan men zich vrijwillig bijverzekeren.

Voor de fysiotherapie is nog niet duidelijk

welk deel van de zorg in welk compartiment terecht komt. Met name een overheveling van een deel van de zorg naar het derde compartiment kan voor de fysiotherapie grote consequenties hebben.

Beperking

Per 1 januari 1996 is de beperkende maatregel van minister Borst van VWS ingevoerd. Deze ingreep moet leiden tot een vermindering van de kosten voor fysiotherapie. Volgens de gewijzigde regeling worden maximaal negen zittingen vergoed. Voor verlenging van het maximale aantal zittingen komen slechts aandoeningen in aanmerking die voorkomen op de lijst 'Indicaties langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie'. Deze ingreep zal gevolgen hebben voor het gebruik van fysiotherapeutische zorg: mogelijk treedt een verschuiving op in het volume van de zorg en het gemiddeld aantal zittingen. De populatie patiënten zal eveneens een veranderd beeld kunnen opleveren. Concrete uitspraken over de consequenties van de beperkende maatregel op de fysiotherapie zijn echter pas mogelijk na de formele evaluatie. Deze in 1996 aangevangen evaluatie wordt in 1998 afgerond.



Beperkingen worden relatief weinig als behandeldoel gekozen. We noemen de belangrijkste: vermindering van beperkingen in het handhaven van het normale tempo in het beroep (23 procent), vermindering van beperkingen in het lopen (15 procent) en vermindering van beperkingen in het langere tijd zitten (8 procent).

Dienstenmodel

ZAO Zorgverzekeringen heeft met het zogenaamde dienstenmodel een mogelijk alternatief voor bezuiniging op de kosten voor fysiotherapie gelanceerd. De zorgverzekeraar stelt voor de indicaties voor paramedische zorg te vertalen in indicaties

voor specifieke zorgproducten. Dit houdt in dat fysiotherapeuten zelf kunnen bepalen welke zorgproducten ze aanbieden aan de patiënt en zich niet uitsluitend richten op de verwijsindicatie.

Mogelijke zorgproducten zijn consult, diagnostiek, advies/informatie, individuele en groepsgewijze behandeling en begeleiding. Elk zorgproduct wordt gedefinieerd aan de hand van een aantal parameters, bijvoorbeeld welke therapeutische technieken worden gebruikt en hoeveel zittingen naar verwachting nodig zijn.

Sinds 1996 is ZAO Zorgverzekeringen bezig met een experiment met het dienstenmodel fysiotherapie. Ook hier moet een formele evaluatie duidelijk maken wat de consequenties zijn van een dergelijke oplossing.

CFO

Het project 'Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek' (CFO) kan eveneens in het kader van de veranderingen in de regulering genoemd worden. Het doel van het CFO-project was het effect vast te stellen van de invoering van de mogelijkheid dat huisartsen patiënten voor een eenmalige consultatie verwijzen naar een fysiotherapeut.

In 1992/1993 is met het CFO geëxperimenteerd. Zowel huisartsen als fysiotherapeuten zijn positief over de toepassing en de kwaliteit van het CFO. Voor structurele invoering van het CFO is echter een wettelijke regeling nodig en dienen overeenkomsten tussen de betrokken partijen te worden gerealiseerd.⁽⁹⁾

Vraag en aanbod

Het aantal fysiotherapeuten is spectaculair gegroeid: in 1972 waren er slechts zo'n 1.500. Het aantal behandelingen en de daarmee gepaard gaande kosten zijn navent gestegen. In de jaren tachtig zijn verschillende maatregelen genomen om de kostenstijging af te remmen.

Vraag en aanbod zijn slecht op elkaar afgestemd. In 2005 zal het aanbod aan fysiotherapeuten de vraag met ruim tiendubbel overtreffen. In de toekomst is weinig ruimte meer voor extra fysiotherapeuten in de eerste lijn.⁽²⁹⁾ In vergelijking met de andere paramedische beroepen hebben fysiotherapeuten verreweg het hoogste werkloosheidscijfer: ongeveer 18 procent heeft een jaar na afstuderen nog geen baan.

Ondanks de - zij het geringe - stijging van het aanbod aan fysiotherapeuten, daalt de productie. Het aantal contacten met fysiotherapeuten is afgenomen. De maatregel Borst heeft mogelijk consequenties voor het gebruik van zorg.

Veel ziektekostenverzekeraars bieden aanvullende verzekeringen aan voor vormen van fysiotherapie die sinds 1 januari 1996 niet meer standaard worden vergoed. Indien veel verzekerden gebruik maken van deze verzekeringen, wordt de verschuiving in het gebruik van zorg minder duidelijk

zichtbaar. De evaluatie van de gevolgen van de maatregel moet daarover meer duidelijkheid brengen.

Kwaliteit en doelmatigheid

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het ministerie van VWS voeren NPi en CBO momenteel een programma uit, dat zich richt op ondersteuning van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Het programma wordt geëvalueerd door het Nivel.

In aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen binnen programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats.

Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Ten slotte kan worden genoemd dat VWS een 'Pilot informatievoorziening paramedische zorg' laat uitvoeren. In dit project wordt de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart gebracht. Tevens wordt nagegaan hoe in de informatiebehoefte kan worden voorzien.

Specifiek met betrekking tot het kwaliteitsbeleid in de fysiotherapie kan worden gewezen op projecten zoals Kreeft, FIM en Fytell, waarin kwaliteitsinstrumenten zijn ontwikkeld en uitgetest. De aandacht is nu vooral gericht op de implementatie van het kwaliteitsbeleid.

Literatuur

1. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, Programma Ondersteuning kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg; werkplan fase III. CBO, Utrecht 1996.
2. Dekker J., Baar M.E. van, Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (BEEF); eindrapport. Nivel, Utrecht 1995.
3. Driessen M.J., Sluijs E.M., Dekker J., Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg; evaluatie van het programma Ondersteuning kwaliteitsontwikkeling paramedische Zorg; eerste interimrapport. Nivel, Utrecht 1995.
4. Foets M., Sixma H., Basisrapport gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie: nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Nivel, Utrecht 1991.
5. Harmsen J., Hingstman L., Driessen M.J., Behoefteraming ergotherapeuten 1993. Nivel, Utrecht 1993.
6. Hartog W.H.M. den, Intercollegiale toetsing; de noodzaak tot evaluatie van het feitelijk

- handelen. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 1993, 103(1): 19-25.
7. Heerkens Y.F., Brandsma J.W., Lakerveld-Heyl K., Mischner-Van Ravensberg C.D., Voorstel voor aanpassing van de classificatie stoornissen en de classificatie beperkingen van de ICIDH. Stichting Wetenschappelijke Scholing Fysiotherapie, Amersfoort 1991.
 8. Heerkens Y.F., Eenheid van taal als voorwaarde voor kwaliteit binnen de fysiotherapie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 1993, 103(1): 30-36.
 9. Hendriks H.J.M., Wagner C., Dekker J., Brandsma J.W., Evaluatie van het consultatief fysiotherapeutisch onderzoek (CFO) in de eerste lijn. Nivel/SWSF, Utrecht/Amersfoort 1994.
 10. Heugten C.M. van, Sluijs E.M., Dekker J., Programmering van onderzoek naar doelmatigheid van paramedische zorg: een verkennende studie. Nivel, Utrecht 1995.
 11. Hingstman L., Harmsen J., Beroepen in de extramurale gezondheidszorg 1994. De Tijdstroom/Nivel, Utrecht 1994.
 12. Kerssens J.J., Curfs E.C., Extramurale fysiotherapie. Nivel, Utrecht 1993.
 13. Knibbe J.J., Knibbe N.E., Elvers J.W.H. et al, Inventarisatie van rugscholen in Nederland. SWSF, Amersfoort 1993.
 14. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, De Wet BIG; hoofdlijnen van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Ministerie van WVC, Rijswijk 1994.
 15. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nieuwsbrief Wet BIG, december 1995. Ministerie van VWS, Rijswijk 1995.
 16. Ministerie van VWS, Financieel Overzicht Zorg 1996. Sdu Uitgeverij, Den Haag 1995.
 17. Nationaal Ziekenhuisinstituut, De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1993. NZi, Utrecht 1993.
 18. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Productie statistiek 1993: soort en omvang van functies, faciliteiten en producties; Academische ziekenhuizen landelijke tabellen. NZi, Utrecht 1995.
 19. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Productie statistiek 1993: soort en omvang van functies, faciliteiten en producties, Algemene ziekenhuizen landelijke tabellen. NZi, Utrecht 1995.
 20. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Beroepengids zorgsector. NRV, Zoetermeer 1993.
 21. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, WCC-ontwerpstandaard Classificatie van verichtingen voor paramedische bewegingsberoepen. NRV, Zoetermeer 1994.
 22. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Tussen cure en care: advies over een referentiekader voor beleid. NRV, Zoetermeer 1994.
 23. Nederlands Paramedisch Instituut, Basisgegevens van het Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk (concept). NPI, Amersfoort 1995.
 24. Nivel, NZi en OSA, Rapportage arbeidsmarkt zorgsector 1995. Ministerie van VWS, Rijswijk.
 25. Reitsma E., Hartog W.H.M. den, Centrale richtlijnen als instrument voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in de fysiotherapie. Nederlandse Tijdschrift voor Fysiotherapie 1993, 103(1): 37-42.
 26. Rijken P.M., Heugten C.M. van, Dekker J., Brancherapport paramedische zorg. Nivel, Utrecht 1996.
 27. Roebroek M.E., Hutten J.B.F., Kerssens J.J., Dekker J., De omvang van de fysiotherapeutische behandeling naar verschillende patiënt-categorieën. Nivel, Utrecht 1995.
 28. Sluijs E.M., Patient education in physical therapy. Nivel, Utrecht 1991 (dissertatie).
 29. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg, deel 2: achtergrondstudies. Bohn, Stafleu, Van Loghum, Houten 1992.
 30. Swinkels H., Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1981-1994. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 14 (mei 1995): 4-14.
 31. Timmermans J.E., Sluijs E.M., Dekker J. et al, Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen. CBO/Nivel, Utrecht 1994.
 32. Uunk W., Dekker J., Groenewegen P., Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeitsspecifieke verwijzpercentages. Nivel, Utrecht 1991.
 33. Valk R.W.A. van der, Dekker J., Boschman M., Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989-1992; gegevens uit het project 'Beleidsgericht evaluatie- en effect onderzoek extramurale fysiotherapie (BEEF)'. Nivel, Utrecht 1995.
 34. Vektis, Tabellen 1991-1994.
 35. Wiegerink R., Oostendorp R.A.B., Profiel patiënten populatie: een inventarisatie onder de FON-praktijken naar patiëntenkenmerken bij instroom in de praktijk. SWSF, Amersfoort 1994.
 36. Ziekenfondsraad, Financieel jaarverslag 1994. Ziekenfondsraad, Amstelveen 1995.

BOEK

BESPREKING

Kompas: leven met multiple sclerose

A. Gordon, H. Geerlings
Uitgever Van Brug, Groningen
ISBN 90-6523-030-0, 159 blz,
f 32,50

Kompas; leven met multiple sclerose is geschreven door een MS-patiënt. Een algemeen voordeel van boeken van ervaringsdeskundigen is dat ze de lezer inzicht geven in het persoonlijk belevings- en verwerkingsproces van een specifieke patiënt (als een casusbeschrijving). Diens ervaringen zijn echter niet zonder meer te generaliseren. Andere patiënten met eenzelfde aandoening kunnen totaal andere ervaringen hebben. Dat

valt des te meer op indien men het boek van Gordon en Geerlings vergelijkt met het boek *Vallende vrouw: autobiografie van een lichaam* van Spaink (uitgever Van Gennip, Amsterdam). Tussen de ervaringen in beide boeken bestaan overeenkomsten, maar ook duidelijke verschillen. Een overeenkomst is de strijd tegen de als onpersoonlijk ervaren medici en gemeentelijke instanties. De verschillen zijn echter zo groot dat een MS-patiënt waarschijnlijk diverse boeken van ervaringsdeskundigen moet lezen om zich een goed beeld te vormen. Gordon en Geerlings gaan kort



in op de orenmaffia die beweren dat mensen de oorzaak zijn van hun eigen ziekte: het probleem zit tussen de oren. In hun analyse van dit fenomeen zijn ze beduidend minder slag-

vaardig dan (wederom) Spaink in *Het strafbare lichaam* (uitgever Maarten Muntinga, Amsterdam).

Voor mensen met multiple sclerose biedt het boek van Gordon en Geerlings mogelijk inzicht in aspecten van de beleving en verwerking. Voor fysiotherapeuten, die op de hoogte zijn van de uniciteit van elke patiënt, zal deze uitgave echter overbodig zijn. De prijs van dit boek hoeft voor mensen met multiple sclerose geen belemmering te vormen. Maar, ze moeten zich wel realiseren hoe sterk persoonsgebonden de inhoud van een dergelijk boek is.

G. Aufdemkampe