

Inventariserend onderzoek naar de rol van de fysiotherapeut bij de behandeling aan huis

Fysiotherapie en thuiszorg

R.W.A. van der Valk, J. Dekker en M.E. van Baar

De noodzaak dat de fysiotherapeut betrokken wordt bij de thuiszorg wordt steeds meer gevoeld. Over de rol van de fysiotherapeut in de thuiszorg is echter weinig bekend. In het kader van het project Beleidsgerichte Evaluatie- en Effectonderzoek Extramurale Fysiotherapie (BEEF) is onderzoek gedaan naar de patiënten die door de fysiotherapeut in de thuiszorg worden behandeld; en naar de fysiotherapeutische (werk)diagnose en behandelvormen van deze thuiszorg-patiënten.

Dit onderzoek beschrijft de patiënten die aan huis worden behandeld. Fysiotherapeuten zijn gewoon om patiënten aan huis te behandelen als deze niet in staat zijn om de praktijk te bezoeken. Echter niet alle behandeling aan huis valt onder het begrip thuiszorg. Thuiszorg impliceert veelal multidisciplinaire hulp aan (oudere) mensen om deze in staat te stellen langer in de thuissituatie te blijven. Er is bij het onderzoek dan ook een onderscheid gemaakt in meervoudige thuiszorg-patiënten (patiënten die naast fysiotherapie ook andere zorg thuis ontvangen) en enkelvoudige thuiszorg-patiënten (patiënten die alleen fysiotherapie ontvangen in de thuissituatie).

De fysiotherapeut werkzaam in de thuiszorg heeft vooral te maken met oudere vrouwelijke patiënten.

De meervoudige thuiszorg-patiënten hebben veel last van klachten die met de hoge leeftijd samenhangen, zoals artrose en cerebro-vasculaire accidenten. De enkelvoudige thuiszorg-patiënten hebben veel last van rugklachten en ademhalingsproblemen.

Zowel de meervoudige- als enkelvoudige thuiszorg-patiënten hebben veel beperkingen. De meervoudige thuiszorg-patiënten hebben hierbij in het algemeen meer beperkingen dan de enkelvoudige thuiszorg-patiënten, met name in de zelfzorg en de lichaamsbeheersing.

De fysiotherapeut behandelt de meervoudige thuiszorg-patiënten vooral met bewegings-therapie, massage therapie en instructie en advisering. De enkelvoudige thuiszorg-patiënten worden vooral met massage therapie en bewegingstherapie behandeld.

Met dit onderzoek is een kwantitatief inzicht verkregen in de rol van de fysiotherapeut in de thuiszorg.

drs. R.W.A. van der Valk
fysiotherapeut/bewegingswetenschapper;
Nederlands Instituut voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht.

dr. J. Dekker
klinisch psycholoog, onderzoeksleider
Paramedische beroepen; Nederlands
Instituut voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht.

mw. drs. M.E. van Baar
bewegingswetenschapper/epidemioloog;
Nederlands Instituut voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht.

Correspondentieadres:
Nederlands instituut voor
onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL)
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
telefoon: 030-319946

Achtergrond

In het volksgezondheidsbeleid wordt de laatste tijd veel aandacht besteed aan het stimuleren van de thuiszorg (1 2 3). Het doel van thuiszorg is mensen die hulp behoeven langer in de thuissituatie te handhaven. Tevens speelt op

de achtergrond de behoefte om, via substitutiebeleid, de dure intramurale zorg te beperken (1).

Aan de rol van de fysiotherapeut binnen de thuiszorg is tot voor kort weinig aandacht besteed. De meeste aandacht is uitgegaan naar de rol van de eerstelijns disciplines, zoals

huisarts, wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk-werk, en de specialisten uit de tweedelij. De noodzaak dat de fysiotherapeut, als de deskundige van het houdings- en bewegingsapparaat in de eerstelij, betrokken wordt bij de ontwikkelingen in de thuiszorg wordt wel steeds meer ingezien. De KNGF heeft recentelijk een rapport 'Nota Fysiotherapie in de thuiszorg' (4) uitgegeven. Met deze nota wordt beoogd een stimulans en ondersteuning te geven aan de rol van de fysiotherapie in de thuiszorg.

In 1987 is door de Nationale Kruisvereniging een beperkte inventarisatie gemaakt naar het voorkomen van andere hulpverlening in de thuiszorg naast de wijkverpleging (6). Ook de rol van de fysiotherapeut is hierbij besproken. Uit dit beperkte onderzoek bleek dat de fysiotherapeut vooral patiënten met ziekte van het zenuwstelsel of zintuigen behandelde.

Definiëring

Een veel gehanteerde definitie van thuiszorg van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), die ook in de nota van het KNGF is overgenomen luidt: "thuiszorg is het geheel aan verzorging, verpleging en behandeling van degene die hulp nodig heeft in de situatie thuis, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en aanvullende professionele zorg vanuit de eerste lijn, die daarbij wordt ondersteund door de tweede lijn. De hulp is gericht om degene die hulp nodig heeft in staat te stellen zich te handhaven in zijn situatie thuis" (5).

Deze definitie is ruim en leidt niet tot een scherpe afbakening van zorg die tot de thuiszorg wordt gerekend. Zo laat deze definitie in het midden of er sprake moet zijn van meer dan één zorgverlener in de thuissituatie om van thuiszorg te kunnen spreken. Het KNGF benadrukt in de 'Nota Fysiotherapie in de thuiszorg' dat fysiotherapie geïntegreerd moet zijn met andere vormen van zorg. Binnen deze beschrijving van thuiszorg van het KNGF vallen niet alle behandelingen die aan huis van de patiënten worden gegeven onder de noemer thuiszorg. Fysiotherapeuten zijn namelijk gewend om patiënten in hun thuissituatie te behandelen in die gevallen dat een patiënt niet in staat is om de fysiotherapie praktijk te bezoeken (5). Binnen dit onderzoek is dan ook bij het beschrijven van de resultaten een onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige- en meervoudige thuiszorg. Onder enkelvoudige thuiszorg wordt verstaan de zorg die door de fysiotherapeut aan huis wordt gegeven en waarbij, naast huisarts en/of specialist, geen andere hulpverlener is betrokken. Onder meervoudige thuiszorg wordt verstaan die zorg waarbij naast de fysiotherapeutische behandeling aan huis minimaal nog één andere hulpverlener is betrokken, mits deze andere hulpverlener geen huisarts of specialist is. Deze andere hulpverleners zijn de wijkverpleging, de gezinsverzorging en het maatschappelijk werk. De huisarts en/of specialist zijn de verwijzers voor de fysiotherapie en zijn daarom (bijna) altijd in de zorg voor de patiënt betrokken. Het heeft daarom geen zin de zorg die wordt verleend door huisarts en/of specialist te betrekken bij het onderscheiden tussen meer- of enkelvoudige thuiszorg.

Vraagstelling

Tegen de achtergrond van de groeiende belangstelling voor thuiszorg en het vrijwel geheel ontbreken van gegevens, is een inventariserend onderzoek gedaan naar de behandeling door fysiotherapeuten van patiënten aan huis.

De vraagstelling van het onderzoek luidt: welke zijn de kenmerken van patiënten die door de fysiotherapeuten aan huis worden behandeld; met welke verwijsindicaties en met welke fysiotherapeutische diagnose komen deze patiënten in behandeling, waaruit bestaat de fysiotherapeutische behandeling van deze patiënten en is er een verschil aanwezig tussen de enkelvoudige thuiszorg- en de meervoudige thuiszorg-patiënten?

Methode

Verzamelen van gegevens

Bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van gegevens die verzameld zijn binnen het project Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek Extramuraal Fysiotherapie (BEEF). In dit meerjarig project worden gegevens verzameld van de patiënten-populatie bij circa 83 fysiotherapeuten uit circa 32 aselect gekozen extramuraal fysiotherapie-praktijken verspreid over Nederland. Vanaf 1989 vindt van alle nieuw verwezen patiënten schriftelijke registratie plaats via een speciaal ontwikkeld formulier. Dit registratieformulier omvat drie aspecten van de fysiotherapeutische hulpverlening (7, 8). Het eerste aspect heeft betrekking op algemene patiënt-kenmerken en de verwijsindicatie. Bij de classificatie van de verwijsindicaties is gebruik gemaakt van de International Classification of Primary Care (ICPC) (8). Het tweede aspect betreft de fysiotherapeutische (werk)diagnose. Bij het registreren van de fysiotherapeutische (werk)diagnose is gebruik gemaakt van een aanpassing van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). De (werk)diagnose bestaat uit twee onderdelen, namelijk stoornissen en beperkingen (zie tabel 3 en 5 voor een overzicht van de stoornissen respectievelijk beperkingen). Per patiënt kunnen meerdere stoornissen en beperkingen worden vermeld. In onderzoek naar de betrouwbaarheid van de registratie van de fysiotherapeutische (werk)diagnose bleek deze in het algemeen voldoende tot goed. De items met een lage betrouwbaarheid zijn aangepast ter verbetering van de betrouwbaarheid (9). Ten derde vindt per zitting registratie plaats van de gekozen behandeldoelen, eveneens in termen van stoornissen en beperkingen, en de gebruikte behandelvormen (zie tabel 7).

Onderzoekspopulatie

Voor dit onderzoek zijn de gegevens gebruikt van de patiënten die tussen 1989 en 1992 zijn behandeld. Uit dit bestand is een selectie gemaakt van patiënten die in deze periode tenminste één maal door de fysiotherapeut aan huis zijn behandeld. Van de 725 patiënten die minstens één maal aan huis zijn behandeld blijken er 74 naast fysiotherapie nog door minimaal één andere zorgverlener te zijn bezocht. Deze groep van 74 patiënten vormt de groep meervoudige thuiszorg-patiënten. De overige 651 patiënten vormt de groep enkelvoudige thuiszorg-patiënten.

Bij het toetsen van het verschil tussen de twee groepen thuiszorg-patiënten is gebruik gemaakt van chi-kwadraat toetsen, met een significantie niveau van 0,05.

Om de resultaten bij de bespreking een kader te geven is gebruik gemaakt van een referentie-groep. Hiervoor zijn de gegevens genomen van alle patiënten die in 1989 binnen het BEEF onderzoek door de fysiotherapeut zijn behandeld. Deze referentie-groep geeft een beeld van de gemiddelde populatie fysiotherapie patiënten. Aangezien de referentie-groep alleen wordt gebruikt als kader zijn verschillen tussen de referentie-groep en de thuiszorg-patiënten niet getoetst.

Resultaten

Patiënt-kenmerken

In tabel 1 staan enkele patiënt-kenmerken weergegeven. Ruim 70% van de meervoudige thuiszorg-patiënten bestaat uit personen die ouder zijn dan 65 jaar. Het grootste deel van de meervoudige thuiszorg-patiënten bestaat uit vrouwen (73%). De groep enkelvoudige thuiszorg-patiënten bestaat voor meer dan 60% uit vrouwen, ook nu is de

leeftijdscategorie ouder dan 65 jaar oververtegenwoordigd met meer dan 50%. Ter vergelijking: van de referentie-groep bestaat ruim de helft uit vrouwen. Het percentage patiënten ouder dan 65 jaar is hier 23.

Ten aanzien van de woonsituatie blijkt dat de meervoudige thuiszorg-patiënten vaker alleen wonen dan de enkelvoudige thuiszorg-patiënten. In vergelijking met de referentie-groep wonen beide groepen thuiszorg-patiënten relatief vaak alleen.

Verwijzer en verwijsindicatie/diagnoses

Verwijzer: Ruim de helft (56%) van de meervoudige thuiszorg-patiënten wordt door de huisarts naar de fysiotherapeut verwezen. Een opvallend groot deel (42%) is naar de fysiotherapeut verwezen door de medisch specialist. Van de enkelvoudige thuiszorg-patiënten is 66% verwezen door de huisarts en 33% door de medisch specialist. Bij de referentie-groep liggen deze percentages op respectievelijk 79% voor de huisarts en 20% voor de medisch specialisten. Van de meervoudige thuiszorg-patiënten is slechts een klein deel (2%) niet verwezen of op eigen initiatief naar de fysiotherapeut gegaan. Bij de enkelvoudige thuiszorg-patiënten is dit 1%, hetgeen overeenkomt met de referentie-groep.

Verwijsindicaties: Per patiënt konden meerdere verwijsindicaties worden vermeld. Bij de 74 meervoudige thuiszorg-patiënten zijn in totaal 173 verwijsindicaties genoteerd. Bij de 651 enkelvoudige thuiszorg-patiënten zijn 1249 verwijsindicaties genoteerd. In tabel 2 staan de meest voorkomende verwijsindicaties voor beide groepen. In de tabel staan tevens de bijbehorende percentages voor de referentie-groep.

Bij de groep meervoudige thuiszorg-patiënten komen binnen de elf meest genoemde verwijsindicaties veel indicaties voor die samenhangen met de hoge leeftijd van de patiënten. Zowel artrose aan knie (ICPC L90), heup (ICPC L89) als de wervelkolom (ICPC L84) komen veel voor, terwijl ook cerebro-vasculaire accidenten (ICPC K90) relatief veel voorkomen. Daarnaast worden rugklachten veel genoemd als verwijsindicatie, zowel rugklachten zonder uitstraling (ICPC L03) als met uitstraling (ICPC L86) staan in de top tien.

Bij de enkelvoudige thuiszorg-patiënten komen veel rugklachten voor, drie indicaties in de top tien hebben betrekking op de rug; discus degeneratie met uitstraling (ICPC L86), lage rugklachten zonder uitstraling (ICPC L03) en symptomen en klachten rug (ICPC L02). Daarnaast komen ademhalingsproblemen (chronische bronchitis, bronchiectasieën, CARA; ICPC R91) relatief veel voor.

Duur van de klacht: Gezien de aard van de verwijsindicaties lijkt het voor een groot deel om chronische klachten te gaan. Dit wordt door de volgende bevindingen bevestigd. Van de meervoudige thuiszorg-patiënten heeft 60% de aandoening al langer dan 1 jaar, bij de enkelvoudige thuiszorg-patiënten is dit 53%.

Tabel 1 Geslacht, leeftijd, woonsituatie en verzekeringsvorm van de thuiszorg-patiënten en de referentie groep.

	meervoudige thuiszorg %	enkelvoudige thuiszorg %	referentie groep %
geslacht²			
man	27	37	48
vrouw	73	63	52
leeftijd³			
0-14	-	3	3
15-24	-	3	11
25-34	5	7	19
35-44	11	9	20
45-54	5	10	15
55-64	7	14	15
65-74	35	25	17
75+	37	30	6
woonsituatie²			
alleenstaand	37	26	16
samenwonend met:			
kinderen	7	6	5
partner	38	40	35
kinderen en partner	16	19	30
overige combinaties	3	9	14
verzekeringsvorm²			
ziekenfonds	84	75	77
particulier	15	24	23
niet verzekerd/onbekend	1	1	1
	N=74	N=651	N=2780

1 = verschil tussen meervoudige thuiszorg-patiënten en enkelvoudige thuiszorg-patiënten is significant, $p < 0,05$

2 = verschil tussen meervoudige en enkelvoudige thuiszorg-patiënten is niet significant, $p > 0,05$.

3 = verschil tussen meervoudige en enkelvoudige thuiszorg-patiënten niet getoetst vanwege te kleine aantallen in cellen.

Tabel 2a Top tien van verwijfsindicatie in ICPC codes voor meervoudige thuiszorg-patiënten en de bijbehorende percentages van de referentie groep.

verwijsindicatie	meervoudige thuiszorg %	referentie groep %
1. andere aandoeningen bewegingsapparaat (L99)	9	8
2. lage rugklachten zonder uitstraling (L03)	6	9
3. andere ziekte van het zenuwstelsel NEG (N99)	6	1
4. arthrosis deformans van de WVK (L84)	4	1
5. arthrosis deformans van de heup (L89)	4	1
6/11. andere cerebro-vasculaire accidenten (K90)	3	1
6/11. symptomen en klachten heup (L13)	3	1
6/11. fractuur femur (status na) (L75)	3	1
6/11. discus degeneratie met uitstraling (excl. cerv.) (L86)	3	6
6/11. reumatoïde artritis, spondylitis ankylopoetica (L88)	3	1
6/11. arthrosis deformans knie (L90)	3	1
Subtotaal	47	31
Andere verwijfsindicaties	54	69
	N = 173	N = 4166

Fysiotherapeutische (werk)diagnose

Bij iedere patiënt die wordt verwezen stelt de fysiotherapeut een (werk)diagnose op in termen van stoornissen en beperkingen. Per patiënt kunnen meerdere stoornissen en beperkingen worden vermeld.

Stoornissen: In tabel 3 staat een overzicht van de stoornissen. Bij de meervoudige thuiszorg-patiënten komt in vergelijking met de enkelvoudige thuiszorg-patiënten vaker de stoornis verminderde spierkracht voor. Bij zowel de meervoudige als de enkelvoudige thuiszorg-patiënten komen relatief weinig pijnklachten en stoornissen in de tonus voor.

Het signaleren van stoornissen in de fysiotherapeutische (werk)diagnose wil niet altijd zeggen dat de stoornissen ook als behandeldoel worden gekozen. In tabel 4 staat hoe vaak een stoornis als behandeldoel is gekozen. Er is hierbij gekeken hoe vaak het opheffen van een stoornis tenminste één maal als behandeldoel is gekozen in de gehele behandeling van de patiënt.

Bij zowel de meervoudige als enkelvoudige thuiszorg-patiënten worden pijnreductie en het verbeteren van de bewegingsuitslag het meest genoemd als behandeldoel. Bij zowel de enkelvoudige als meervoudige thuiszorg-patiënten wordt het opheffen van houdingsstoornissen relatief weinig als behandeldoel gekozen. Het verminderen van ademhalingsproblemen en het verminderen van overige stoornissen wordt relatief vaak als behandeldoel gekozen. Vooral bij de enkelvoudige thuiszorg-patiënten wordt het opheffen van ademhalingsstoornissen veel als behandeldoel genoemd.

De enkelvoudige en meervoudige thuiszorg-patiënten verschillen alleen ten aanzien van het behandeldoel 'het doen verminderen van zwelling', deze wordt bij de enkelvoudige thuiszorg-patiënten vaker als behandeldoel gekozen.

Beperkingen: In het registratieformulier zijn verscheidene rubrieken van beperkingen onderscheiden: zelfverzorging, lichaamsbeheersing, verplaatsing, huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten, sport/hobby en overige activiteiten. Elke rubriek omvat een aantal activiteiten waarin eventuele beperkingen door de fysiotherapeut kan worden aangegeven. In tabel 5 staat een overzicht van het voorkomen van de beperkingen.

Zowel de meervoudige als de enkelvoudige thuiszorg-patiënten hebben relatief veel last van beperkingen. De meervoudige thuiszorg-patiënten hebben hierbij in het algemeen meer beperkingen dan de enkelvoudige thuiszorg-patiënten. Vooral beperkingen in de zelfzorg, de lichaamsbeperking en een aantal beperkingen in huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten, te weten het doen van boodschappen en het verzorgen van de maaltijd, komen bij de meervoudige thuiszorg-patiënten vaker voor dan bij de enkelvoudige thuiszorg-patiënten.

In tabel 6 staat hoe vaak het opheffen van een beperking tenminste één maal als behandeldoel is gekozen in de totale behandeling.

Tabel 2b Top tien van verwijfsindicatie in ICPC codes van de enkelvoudige-thuiszorg patiënten en de bijbehorende percentages van de referentie groep.

verwijsindicatie	enkelvoudige thuiszorg %	referentie groep %
1. andere aandoeningen bewegingsapparaat (L99)	9	8
2. discus degeneratie met uitstraling (excl. cerv. rugpijn) (L86)	9	6
3. lage rugklachten zonder uitstraling (L03)	6	9
4. chronische bronchitis, bronchiectasieën, CARA (R91)	4	1
5. andere ziekte van het zenuwstelsel NEG (N99)	4	1
6. symptomen en klachten rug (L02)	3	6
7. acute traumata meniscus en kniebanden (L96)	3	2
8. andere cerebro-vasculaire accidenten (K90)	3	1
9. beperkingen (pijn bij/pijn na) (L28)	3	2
10. andere fracturen (status na) (L76)	3	1
Subtotaal	47	37
Andere verwijfsindicaties	53	63
	N=1249	N=4166

Tabel 3 Voorkomen in percentages van stoornissen in de fysiotherapeutische werkdagnose van de thuiszorg-patiënten en de referentie groep.

stoornissen	meervoudige thuiszorg %	enkelvoudige thuiszorg %	referentie groep %
pijn	72	73	92
zwelling	27	21	22
verminderde bewegingsuitslag	81	75	87
afwijkende tonus van musculatuur	51	61	71
verminderde spierkracht I	66	52	49
houdingsstoornis	41	35	39
ademhalingsstoornis	11	20	6
overige	61	49	33
	N=74	N=651	N=2780

I = verschil tussen meervoudige thuiszorg-patiënten en enkelvoudige thuiszorg-patiënten is significant, $p < 0,05$

Tabel 4 Voorkomen, in percentage, van de behandeldoelen in termen van stoornissen van de thuiszorg-patiënten en de referentie groep.

stoornissen	meervoudige	enkelvoudige	referentie
	thuiszorg	thuiszorg	groep
	%	%	%
pijnreductie	49	49	69
vermindering zwelling [†]	15	6	12
verbeteren bewegingsuitslag	42	41	50
herstellen tonus van musculatuur	26	27	37
verbeteren spierkracht	30	27	25
opheffen houdingstoornis	3	8	38
verminderen ademhalingsstoornis	7	14	4
overige	45	34	18
	N=74	N=651	N=2780

[†] = verschil tussen meervoudige thuiszorg-patiënten en enkelvoudige thuiszorg-patiënten is significant, $p < 0,05$

Tabel 5 Voorkomen van beperkingen in de fysiotherapeutische werkdiagnose van de thuiszorg-patiënten en de referentie groep.

beperkingen	meervoudige	enkelvoudige	referentie
	thuiszorg	thuiszorg	groep
	%	%	%
zelfzorg			
wassen [†]	62	43	15
kleden [†]	58	46	18
toiletgebruik [†]	50	31	7
eten [†]	28	16	4
lichaamsbeheersing			
zitten	37	31	18
staan	56	49	24
knielen [†]	65	52	25
bukken [†]	70	57	34
evenwicht bewaren [†]	61	39	14
verplaatsing			
in en uit bed	58	49	22
lopen	76	74	37
traplopen	71	63	34
fietsen	39	37	19
auto besturen	26	23	16
huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten			
boodschappen doen [†]	57	46	23
verzorgen maaltijd [†]	47	32	11
bedden verschonen	47	39	20
schoonmaken	47	42	25
verzorgen huisgenoten	26	21	10
gebruik telefoon	11	8	2
langere tijd staan	70	62	39
langere tijd zitten	41	37	28
tillen	64	59	48
handhaven normaal tempo beroep	51	39	52
stressbestendigheid	34	20	19
sport/hobby			
sport	15	12	24
hobby	25	20	13
overige	9	3	8
	N=74	N=651	N=2780

[†] = verschil tussen meervoudige thuiszorg-patiënten en enkelvoudige thuiszorg-patiënten is significant, $p < 0,05$

Met uitzondering van beperkingen in de verplaatsing besteed de fysiotherapeut in zijn behandeling van de thuiszorg-patiënten weinig aandacht aan het doen verminderen c.q. opheffen van beperkingen. Bij de groep meervoudige thuiszorg-patiënten wordt iets vaker het opheffen c.q. doen verminderen van een beperking als behandelgoal gekozen dan bij de enkelvoudige thuiszorg-patiënten. Dit geldt dan met name voor het doen verminderen van beperkingen in het wassen, kleden en verzorgen van de maaltijd welke vaker als behandelgoal zijn gekozen bij de meervoudige thuiszorg-patiënten.

In vergelijking met de referentie-groep wordt bij de meervoudige thuiszorg-patiënten relatief veel aandacht besteed aan het opheffen of doen verminderen van beperkingen in het wassen, kleden, lopen, traplopen en in en uit bed gaan. Bij de enkelvoudige thuiszorg-patiënten geldt dit alleen voor het opheffen van beperkingen in het lopen.

Fysiotherapeutische behandeling

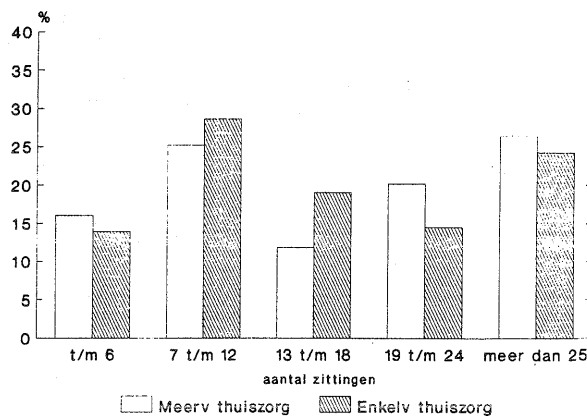
Behandelvormen: In tabel 7 staat een overzicht van de toegepaste behandelvormen.

Bij de meervoudige thuiszorg-patiënten maakt de fysiotherapeut bij het behandelen, in vergelijking met de enkelvoudige thuiszorg-patiënten, veel gebruik van bewegingstherapie en instructie en advisering. Bij de enkelvoudige thuiszorg-patiënten wordt door de fysiotherapeut in vergelijking met meervoudige thuiszorg-patiënten veel gebruik gemaakt van massage therapie en fysische therapie in engere zin (in vervolg fysische therapie i.e.z.).

In de thuissituatie wordt relatief weinig gebruik gemaakt van fysische therapie i.e.z. en veel van bewegingstherapie. Bij de meervoudige thuiszorg-patiënten wordt daarbij ook relatief veel gebruik gemaakt van instructie en advisering.

Aantal zittingen: In figuur 1 staat de percentuele verdeling van het aantal zittingen voor zowel de meervoudige als de enkelvoudige thuiszorg-patiënten, ingedeeld in categorieën.

De twee groepen thuiszorg-patiënten verschillen niet ten aanzien van de verdeling van het aantal zittingen. Bij zowel de meervoudige thuiszorg-patiënten als enkelvoudige thuiszorg-patiënten komen met name de categorieën 7 t/m 12 zittingen en meer dan 25 zittingen relatief veel voor.



Figuur 1 De verdeling van het aantal zittingen in categorieën voor de thuiszorg-patiënten.

Tabel 6 Voorkomen, in percentages van de behandeldoelen in termen van beperkingen van de thuiszorg-patiënten en de referentie groep.

Beschouwing

Bij de beschrijving van de onderzoeksgegevens is een onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige- en meervoudige thuiszorg-patiënten. Het criterium voor deze indeling was het al dan niet aanwezig zijn van andere hulpverlening in de thuissituatie. De reden hiervoor was dat niet alle zorg thuis ook onder de noemer thuiszorg zal vallen (5 10 11). In het rapport van het KNGF wordt de nadruk gelegd op geïntegreerde zorg. Fysiotherapie in de thuiszorg moet geïntegreerd worden met andere vormen van zorg. Dit impliceert dat er naast de fysiotherapeut ook andere hulpverleners aanwezig zullen zijn (10). De NRV laat daarentegen in het midden of er meer dan één zorgverlener bij een patiënt betrokken dient te zijn om van thuiszorg te kunnen spreken. Daarnaast zou het doel van thuiszorg moeten zijn de (oudere) mensen langer in hun thuissituatie kunnen laten functioneren (5).

Beide groepen thuiszorg-patiënten bestaan vooral uit oudere patiënten, verder bestaan deze patiënten voor het grootste deel uit vrouwen. Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van een onderzoek van de Nationale Kruisvereniging (6).

De patiënten die door de fysiotherapeut aan huis worden behandeld hebben, in vergelijking met de gemiddelde fysiotherapie patiënt, meer last van beperkingen. Opvallend waren de gevonden verschillen tussen de meervoudige en enkelvoudig thuiszorg-patiënten. De meervoudige thuiszorg-patiënten blijken vaker alleen te wonen. De verwijsindicaties van deze patiënten hangen samen met de hoge leeftijd; zo komen artrose en CVA relatief veel voor, terwijl de indicatie symptomen en klachten heup ook kan duiden op artrose aan de heup. Deze patiënten hebben al lange tijd last van de aandoening en zijn sterk beperkt in het dagelijks functioneren. Het gaat hier om oudere alleenstaande patiënten die blijkbaar veel zorg nodig hebben om daardoor in de thuissituatie te kunnen blijven. Dit blijkt ook uit de gekozen behandeldoelen. De fysiotherapeut besteedt veel aandacht aan het opheffen/doen verminderen van beperkingen in de zelfzorg en de verplaatsing. De behandeling van deze meervoudige thuiszorg-patiënten bestaat voor een groot deel uit bewegingstherapie en massage therapie. In overeenstemming met de door de KNGF beschreven kenmerken van de fysiotherapie in de thuiszorg besteedt de fysiotherapeut bij de meervoudige thuiszorg-patiënten ook relatief veel aandacht aan het instrueren en adviseren van de patiënten.

De groep enkelvoudige thuiszorg-patiënten hebben veel last van rugklachten en klachten die te maken hebben met de ademhaling. Blijkbaar is hier het tijdelijk niet naar de praktijk kunnen komen in verband met het hebben van rugklachten of ademhalingsproblemen een reden om aan huis behandeld te worden. Dit blijkt ook uit het feit dat het doen verminderen van stoornissen in de ademhaling en beperkingen in het lopen vaak als behandelbaar worden gekozen. Deze enkelvoudige thuiszorg-patiënten hebben weliswaar ook veel last van beperkingen in het dagelijks functioneren maar dat is geen reden om ook andere hulpverlening in de thuissituatie te ontvangen. Deze patiënten wonen vaker samen met een partner. Beperkingen in het

beperkingen	meervoudige thuiszorg %	enkelvoudige thuiszorg %	referentie groep %
zelfzorg			
wassen ¹	5	2	2
kleden ¹	8	3	0
toiletgebruik	-	1	0
eten	-	1	0
lichaamsbeheersing			
zitten	4	5	4
staan	4	4	4
knielen	0	2	2
bukken	3	4	6
evenwicht bewaren	4	2	1
verplaatsing			
in en uit bed	11	6	2
lopen	46	45	23
traplopen	10	5	5
fietsen	1	2	2
auto besturen	0	1	2
huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten			
boodschappen doen	1	1	2
verzorgen maaltijd ¹	5	0	1
bedden verschonen	0	1	1
schoonmaken	4	1	4
verzorgen huisgenoten	5	2	2
gebruik telefoon	1	0	0
langere tijd staan	1	2	6
langere tijd zitten	1	4	6
tillen	1	3	1
handhaven normaal tempo beroep	11	14	33
stressbestendigheid	1	2	6
sport/hobby			
sport	0	1	9
hobby	1	1	3
overige ¹	18	7	10
	N=74	N=651	N=2780

¹ = verschil tussen meervoudige thuiszorg-patiënten en enkelvoudige thuiszorg patiënten is significant, $p < 0,05$

Tabel 7 Voorkomen van behandelvormen in de fysiotherapeutische behandeling van de thuiszorg-patiënten en de referentie groep.

behandelvormen	meervoudige thuiszorg %	enkelvoudige thuiszorg %	referentie groep %
massagetherapie ¹	24,5	30,0	26,4
bewegingstherapie ¹	42,5	36,7	21,6
manuele therapie	4,1	3,6	7,2
fysische therapie ¹	7,6	11,8	27,1
instructie + advisering ¹	15,3	11,7	12,2
overige	6,1	6,2	5,5
totaal	100%	100%	100%
	N=3498	N=24237	N=79563

¹ = verschil tussen meervoudige thuiszorg-patiënten en enkelvoudige thuiszorg-patiënten is significant, $p < 0,05$.
Data op zitting niveau.

dagelijks functioneren worden blijkaar voor een deel opgevangen door de partner. De behandeling van deze enkelvoudige thuiszorg-patiënten bestaat voor een groot deel uit bewegingstherapie en massage therapie. Het veelvuldige toepassen van massage therapie bij deze patiënten kan ten dele verklaard worden doordat bronchiaaltoilet een veelvuldige gekozen therapie vorm is bij ademhalingsproblemen. Bronchiaaltoilet is binnen het BEEF onderzoek gecodeerd onder massage therapie. Dat fysische therapie i.e.z. in het algemeen weinig wordt toegepast in de thuissituatie is mogelijk mede te verklaren doordat niet alle apparatuur voor de thuissituatie beschikbaar is.

Dit onderzoek heeft zich beperkt tot het beschrijven van kenmerken van patiënten die aan huis zijn behandeld. Thuiszorg is echter breder is dan alleen behandeling aan huis. Thuiszorg betekent namelijk niet zonder meer dat de zorg bij de patiënt thuis plaatsvindt. De zorg kan zowel bij de patiënt thuis als elders, bijvoorbeeld binnen de praktijkruimte in de wijk, worden gegeven (3 5 10). De genoemde definitie van thuiszorg van het NRV geeft ook geen uitsluiting over de plaats van de zorg. Ook in de nota van het KNGF over thuiszorg wordt de plaats van de zorg in het midden gelaten. Veelal zal deze zorg echter wel bij de patiënt thuis worden gegeven. Een (klein) deel van de patiënten zal echter in het kader van thuiszorg in de praktijkruimte worden behandeld. Dit betekent dat dit onderzoek niet het hele terrein van de fysiotherapie en thuiszorg in beeld heeft gebracht.

Met dit onderzoek is inzicht verkregen in de aard van de patiënten die door de fysiotherapeut in hun thuissituatie zijn behandeld. Er is binnen deze groep patiënten een onderscheid te maken in de "aan huis behandelde patiënten" en de echte "thuiszorg-patiënten". Hoewel de rol van de fysiotherapeut in de thuiszorg nog niet groot is, het aantal patiënten dat in de groep meervoudige thuiszorg viel was klein, zal dit in de toekomst bij de stimulering van thuiszorg waarschijnlijk gaan groeien. Dit onderzoek legt een kwantitatief fundament voor verdere beleidsvorming ten aanzien van fysiotherapie in de thuiszorg.

Abstract

Although physical therapists are used to treat patients at their home, little is known about the characteristics of these patients and their treatment. In the present study we examined 753 patients treated at their homes.

Data were used from a survey on physical therapy in the Dutch primary health care. The patients were classified into two groups:

(a) multiple care patients who besides physical therapy also received

care from other disciplines (N=74).

(b) singular care patients who only received physical therapy (N=651).

Both groups consisted mainly of elderly women and chronic complaints were highly prevalent. In multiple care patients osteoarthritis of the hip, knee and spine and rheumatoid arthritis were frequently reported. In singular care patients complaints concerning respiration and back were frequently found. In both groups of patients disabilities were frequently reported. Especially the multiple care patients had much disabilities in selfcare and physical control.

The treatment of the multiple care patient consisted of massage, movement exercises and instruction and advise. The treatment of the singular care patient consisted mainly of massage and movement exercise.

Chronic complaints are highly prevalent among patients treated by physiotherapists at their homes. Multiple and singular care patients differ with regard to the kind of complaints and the treatment.

Literatuur

- 1 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Advies Thuisverpleging*. Zoetemeer, WVC, 1985.
- 2 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. *Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg*. Deel 1 Scenario-rapport. Houten/Zaventem, Bohn Stafleu van Loghum, 1992.
- 3 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur; *Thuiszorg in de jaren '90*. Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, 's-Gravenhage 1991.
- 4 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. *Nota Fysiotherapie in de Thuiszorg*. Amersfoort: Centraal Bureau Nederlands Genootschap Fysiotherapie, 1991.
- 5 Wennink, J en G. Goudriaan. *De eerstelijns thuiszorg*. Medisch Contact nr 37, 1990, 1081-1085.
- 6 Nationale Kruisvereniging. *Andere hulpverlening en de wijkverpleging samen in het gezin*. Bunnik, Nationale Kruisvereniging, 1987.
- 7 Curfs, E.Chr., JJ Kerssens. *Epidemiologische basisgegevens fysiotherapie*. Utrecht, Nivel, 1989.
- 8 Curfs E. Chr., HV Kool van Langenberghe, J.J. Kerssens, J. Dekker. *Basisgegevens extramurale fysiotherapie. Gegevens uit het project "Beleidsgerichte evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (BEEF)*. Utrecht; NIVEL, 1989.
- 9 Triet, EF van, J. Dekker, JJ Kerssens et al. *Reliability of the assessment of impairments and disabilities in survey research in the field of physical therapy*. Int. Disabil. Studies, 1990, 12:61-65.
- 10 Urlings, MJ. *Het is logisch dat fysiotherapie in thuiszorg hoort*. Fysiovisie, februari 1992, 2-3.
- 11 Heerkens, Y. *Thuiszorg in de eerstelijns fysiotherapie*. Issue: 1991, no 1, 10-13.