

Bevordering van de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut*

DOOR E. G. LEFFELAAR, FYSIOTHERAPEUT TE AMSTERDAM

De bedoeling van deze voordracht, die door een paramedicus — zoals de fysiotherapeut ook wel wordt genoemd — voor een gezelschap van artsen werd gehouden, was de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut te bevorderen en het wederzijdse begrip te vergroten in het belang van datgene, dat beiden nastreven: een optimale behandeling van de patiënt. Dit is temeer belangrijk, daar het aantal aanvragen door huisartsen voor fysiotherapeutische behandeling belangrijk is. Het is niet mogelijk uitgebreide statistische gegevens over ons gehele land te geven. Van de adviserende geneesheren van de Amsterdamse ziekenfondsen werden echter enige gegevens verkregen over de aanvragen voor ziekenfondspatiënten te Amsterdam door huisartsen en specialisten. In 1964, 1965 en 1966 werden door huisartsen respectievelijk 860, 774 en 776 aanvragen gedaan; door specialisten respectievelijk 6348, 6032 en 6362.

Het heeft wellicht nut nader in te gaan op het begrip „fysiotherapie” en de naam „fysiotherapeut”. In ons land zijn deze benamingen immers van vrij recente datum, namelijk sinds de instelling van het fysiotherapeutenbesluit in februari 1965. Voordien kende men alleen de heilgymnast-masseur met of zonder diploma voor „fysioteknik”. De heilgymnasten-masseurs met het diploma fysioteknik zullen binnen afzienbare tijd zonder meer de titel „fysiotherapeut” verkrijgen. Degenen, die momenteel in opleiding zijn, vallen onder het fysiotherapeutenbesluit en zullen direct als fysiotherapeut afstuderen, de eerste groep in 1969. Dan blijft tenslotte nog een groep heilgymnast-masseurs zonder fysioteknikdiploma over. Voor hen geldt dat de benaming heilgymnast-masseur blijft gehandhaafd.

Onder fysiotherapie wordt verstaan: oefentherapie, massagetherapie en fysische therapie in engere zin. De termen oefentherapie en massagetherapie zullen niet tot misverstand aanleiding geven; de term fysische therapie „in engere zin” mogelijk wel. Tot 1965 deed de bevoegde heilgymnast-masseur een aanvullend examen voor fysioteknik in de examenvakken: natuurkunde, pathologie (als voortzetting en verdieping van de reeds bestudeerde pathologie tijdens de opleiding tot heilgymnast-masseur) en theorie en praktijk van de fysioteknische behandelingen; de tegenwoordige opleiding bestaat uit een opleiding waarbij de fysioteknik

is inbegrepen. Tot de fysische therapie „in engere zin” behoren: hydrotherapie, thermotherapie, stralenterapie (waarmede wordt bedoeld ultraviolet en infrarood) en elektrotherapie (galvanische stromen, faradische stromen met hun modulaties, diathermie, enzovoort). De toevoeging „in engere zin” wil zeggen, dat ioniserende straling (radium- en röntgenbestraling) buiten het arsenaal van de fysiotherapeut valt.

Wat betreft de mogelijkheden, welke de moderne fysiotherapeut op het gebied van massage en oefentherapie heeft, kan worden opgemerkt, dat sinds 1945 een stormachtige ontwikkeling is door gemaakt. Hierdoor is het aantal gevallen, waarbij de fysiotherapeut in de medische behandeling wordt ingeschakeld, dan ook aanzienlijk toegenomen. Zo bestaan er thans vele nieuwe oefenmethoden, die beter zijn gericht op bepaalde afwijkingen en waardoor het resultaat der behandelingen aanzienlijk is verbeterd. Hiervan moge het volgende worden vermeld.

Uit de massagetherapie: de bindweefselmassage, waardoor men bij onder andere de ziekte van Bürger en het ulcus cruris zeer goede resultaten kan bereiken.

Uit de oefentherapie: de methode Bobath, die een ommekeer bracht in de behandeling van kinderen met cerebrale paresen; de methode Kabat, die de resultaten bij hypotone paresen sterk verbeterde; het kloppen bij patiënten ter sputumlozing, hetgeen reeds velen het leven heeft gered en tenslotte de intermitterende tractie, waardoor duizenden in ons land aanzienlijke verbetering of genezing van hun rugklachten verkregen.

Uit de genoemde voorbeelden, die met zeer vele andere kunnen worden aangevuld, blijkt dat de fysiotherapeut zijn behandelwijze in vele gevallen specifiek kan richten op elke afwijking afzonderlijk. Het is mijns inziens verheugend dat, nu het fysiotherapeutenbesluit aan de fysiotherapeut een wettelijke erkenning verleent voor het gehele beroep, namelijk massagetherapie, oefentherapie en fysische therapie, ook voor de fondspatiënt binnenkort de mogelijkheid bestaat voor fysisch-therapeutische behandelingen in aanmerking te komen op verwijzing van de arts en wel in die richtingen, die zijn erkend als „inrichting voor fysische therapie”. Deze erkenning is gebaseerd op de aanwezige mogelijkheden naar ruimte en apparatuur en op de bevoegdheid van de fysiotherapeut.

* Voordracht, gehouden op het twaalfde N.H.G.-congres, november 1967.

In hetgeen volgt zal in het kort worden vermeld

welke indicatiegebieden kunnen leiden tot het inroepen van de hulp van de fysiotherapeut door de huisarts of door de specialist. Ter verduidelijking zullen van elke groep een paar daartoe behorende afwijkingen worden vermeld.

Orthopedische afwijkingen, zoals houdingsafwijkingen van de wervelkolom; insufficiëntie van buik- en/of rugmusculatuur; rugklachten bij discusdegeneratie, hernia nuclei pulposi en klachten na operatieve ingrepen.

Posttraumatische toestanden: hier gaat het om de nabehandeling van fracturen, luxaties en distorsies, verder om de nabehandeling van peesdoorsnijdingen, verbrandingen en rupturen na de medische behandeling.

Reumatische afwijkingen, zoals gewrichtsreuma, arthrosis deformans en peri-arthritis humeroscapularis.

Ademhalingsafwijkingen, zoals astma, bronchitis en emfyseem; behandeling voor en na operaties ter sputumlozing en ter verbetering van de ademtechniek; oefentherapie bij ademhalingsverlammingen zoals na poliomyelitis.

Neurologische aandoeningen, zoals aandoeningen van het centrale zenuwstelsel — cerebrale parresen, athetose, ziekte van Parkinson, multiple sclerose — en aandoeningen van het perifere zenuwstelsel, verlamming van Erb, neuritis, doorsnijding van zenuwen.

Circulatie-afwijkingen, zoals hartinsufficiëntie, status na hartinfarct, oedemen en ulcus cruris.

Reactivering van bejaarden na ongeval of ziekte.

Tenslotte kan de hulp van de fysiotherapeut ook worden ingeroepen bij de voorbereiding op het baringproces en bij het geven van gymnastieklessen aan gezonde bejaarden.

De aanvraag voor de fondspatiënt door de huisarts is niet alleen gebaseerd op de indicatie, doch tevens gebonden aan de voorschriften van de Ziekenfondsraad, welke men kan vinden als bijlage van een brief van 14 augustus 1964 aan de Algemene Ziekenfondsen. De strekking hiervan is als volgt: De huisarts of specialist dient, indien hij massage, oefentherapie of andere fysiotherapeutische behandelingen nodig acht, deze aan te vragen bij het fonds, dat na advies van het controle-organ een machtiging kan verlenen tot behandeling gedurende twee maanden, welke machtiging kan worden verlengd op aanvraag van de arts. De aanvraag moet voldoen aan normale eisen, zoals diagnose en advies betreffende de therapie, terwijl, indien de huisarts de aanvraag indient en het controlerend orgaan dit nodig acht, alsnog een diagnose en advies van een specialist moeten worden overgelegd.

Interessant zijn nog de volgende toevoegingen. Behandeling van verschillende reumatische, neurologische en posttraumatische afwijkingen kan door de huisarts worden aangevraagd. Astma bronchiale, kyfosen en scoliosen komen echter alleen voor aanvraag door een specialist in aanmerking.

Op 4 januari 1966 kwam een nieuwe ministeriële beschikking uit naar aanleiding van het afgekondigde fysiotherapeutenbesluit. Hierin werd vastgesteld dat de fysische therapie in engere zin alleen mag worden gegeven in ziekenhuizen en inrichtingen; de inrichtingen moeten erkend zijn door het ministerie. Deze beschikking is reeds achterhaald; sinds januari 1967 mag de fysiotherapeut ook fysisch-therapeutische behandelingen „in engere zin” toepassen. De massage- en oefentherapie kunnen zonder meer door de vrij gevestigde fysiotherapeut of heilgymnast-masseur worden gegeven. Wat de aanvraag voor fysiotherapeutische behandelingen betreft stuit men op een enigszins onlogische verdeling tussen huisarts en specialist. De huisarts en de specialist mogen aanvragen: oefentherapie; massagetherapie; behandeling met baden; diathermie; faradische en galvanische behandeling; ultravioletbestraling en lichtboogbehandeling. Uitsluitend de specialist mag echter aanvragen: paraffine-, fango- en modderbehandelingen; lichtkasten-behandeling; iontoforese- en ultrasonore behandeling.

Aangezien er op dit moment nog geen enkele inrichting is erkend, kunnen de behandelingen, behalve massage- en oefentherapie, alleen in ziekenhuizen geschieden. Verschillende aanvragen om erkenning bevinden zich thans reeds op het departement, dat volgens de voorschriften binnen zes maanden na de aanvragen erkenning zal moeten geven of deze afwijzen.

* * *

Het ligt voor de hand dat de huisarts, gezien zijn opleiding, niet alle mogelijkheden van behandelingsmethoden uit de fysiotherapie kent. Hij kan dus veelal niet nauwkeurig voorschrijven welke behandeling de fysiotherapeut dient in te stellen of welke oefen- en/of massagemethode hij dient toe te passen. Dit is ook niet noodzakelijk, daar de fysiotherapeut ten opzichte van patiënt en verwijzende arts zijn eigen, wettelijke, verantwoordelijkheid draagt. De huisarts dient, indien hij de hulp van de fysiotherapeut inroept, een zo duidelijk mogelijke diagnose te geven, waarna de fysiotherapeut de behandelingswijze, in overleg met de arts, kan vaststellen. Mochten zich gedurende de behandeling van de patiënt feiten voordoen, die nader overleg met de arts noodzakelijk maken, dan ligt het voor de hand dat het initiatief tot dit overleg van de fysiotherapeut dient uit te gaan; de fysiotherapeut wenst dan een tot overleg bereide medicus te vinden, zodat het werken in teamverband mogelijk is. Dit teamwerk stoelt echter niet alleen op dit overleg. De behandeling van de patiënt door de huisarts met hulp van de fysiotherapeut kan zowel van de zijde van de fysiotherapeut als van de huisarts in hechtere samenwerking geschieden. Deze samenwerking zou door mij als fysiotherapeut in de volgende punten kunnen worden samengevat.

1. De arts verwijst naar de fysiotherapeut door

middel van een duidelijke schriftelijke opdracht. Deze schriftelijke opdracht is wettelijk voorgeschreven en de fysiotherapeut mag geen patiënt in behandeling nemen zonder deze geschreven verwijzing. In dit schrijven kan de arts opgeven wat zijn bedoeling met de gevraagde behandeling is; de fysiotherapeut kan dan de middelen kiezen die leiden tot een zo snel mogelijk bereiken van deze doelstellingen.

2. De arts zou op deze geschreven opdracht nog een telefonische toelichting kunnen geven.

3. De fysiotherapeut begint de behandeling van de patiënt; hij schrijft de arts een korte brief, waarin hij, naast de routinevermeldingen betreffende de patiënt, de indicatie en de opdracht van de arts herhaalt en de ingestelde behandeling aangeeft. De arts is daardoor op de hoogte van het feit dat de patiënt inderdaad in behandeling is genomen en verder van de aard van de behandeling welke de fysiotherapeut heeft ingesteld.

4. Indien de fysiotherapeut een patiënt behandelt, geeft hij in bijna alle gevallen, waarin dat mogelijk is, huiswerk op aan de patiënt. Huiswerk is in de meeste gevallen tenminste even belangrijk als de behandeling zelf, daar de behandelingsresultaten vaak sterk overeenkomen met de intensiteit van oefenen. Zowel de arts als eventuele huisgenoten of een verpleegster kunnen hierbij een belangrijke bijdrage leveren tot het regelmatig uitvoeren der oefeningen door de patiënt. Belangstellende informatie van de zijde van de arts of de oefeningen regelmatig worden gedaan, is vaak reeds voldoende.

5. Mocht tijdens de behandeling blijken dat deze niet voldoende aanslaat of dat zelfs een toename van klachten plaatsvindt, dan dient de fysiotherapeut contact op te nemen met de arts. Mijns inziens is telefonisch contact dan het meest doeltreffend. Het is niet alleen voor de arts een rustgevende zekerheid wanneer deze weet dat de fysiotherapeut, met wie hij werkt, op deze wijze handelt, maar ook voor de fysiotherapeut is het een steun wanneer hij met de behandelende arts kan overleggen indien hij daartoe behoefte gevoelt.

6. Wanneer na een serie voorgeschreven behandelingen de patiënt bij de arts terugkomt voor controle, dient de fysiotherapeut aan de patiënt onder gesloten couvert rapport mede te geven, waarin duidelijk en kort zijn bevindingen tijdens de behandeling en het resultaat daarvan worden omschreven, zodat de arts hierdoor inzicht krijgt in hetgeen tot dan toe werd bereikt. Het is voor de patiënt van groot psychologisch belang te weten, dat er een nauwe samenwerking is tussen de dokter en de fysiotherapeut. Te vaak immers heeft de patiënt het gevoel dat hij zich tussen de wal en het schip bevindt.

7. Teneinde de samenwerking nog te bevorderen verdient het aanbeveling dat de arts bij de fysiotherapeut een bezoek aflegt om diens inrichting en apparatuur in ogenschouw te nemen. Indien de arts zich hiervoor kan vrijmaken dient hij ook eens bij de behandeling van zijn patiënt aanwezig te zijn. Door dergelijke ontmoetingen krijgt de arts een beter inzicht in de mogelijkheden welke zijn medewerker heeft. In zijn contact met de fysiotherapeut heeft de patiënt het vertrouwen, dat de arts zich op de hoogte heeft gesteld alvorens hij verwijst.

De volgende aspecten zijn eveneens van belang. In de eerste plaats het aantal en de frequentie der voorgeschreven behandelingen. Het is uiteraard sterk afhankelijk van de aandoening, hoeveel behandelingen men in het totaal voorschrijft. Een aanvankelijke opdracht van twaalf behandelingen is normaal te noemen. Heeft de patiënt in deze periode vooruitgang geboekt, dan is voortzetting van de behandeling verantwoord. Is er na twaalf behandelingen geen enkel resultaat aan te wijzen, dan slaat deze behandeling niet aan en is beëindiging geïndiceerd of eventueel een wijziging van de tot dusver toegepaste behandeling. Toch is het niet juist zich op deze twaalf behandelingen vast te leggen; er zijn immers patiënten bij wie een langduriger behandeling is gewenst. Men denke in dit verband aan kinderen met cerebrale paresen, die zeker tot het moment van hun fysiologische rijping (zestien jaar) dienen te worden behandeld.

Het is in ons land zo langzamerhand een axioma geworden een patiënt „zes weken tweemaal per week” te doen behandelen, doch dit vindt meer zijn oorzaak in de ziekenfondsverstrekking dan in de gerichtheid van de behandelingen. Iemand met ernstige rugklachten heeft bijvoorbeeld vaak meer baat bij een behandeling driemaal per week gedurende vier weken (twaalf keer) dan van een behandeling tweemaal per week gedurende zes weken (óók twaalf keer). Een patiënt die sputum moet lozen moet zeker dagelijks, zo niet verscheidene malen dagelijks worden „geklopt”; hier is „zes weken tweemaal per week” een volkomen zinloos voorschrift.

Het is niet doenlijk in dit bestek alle afzonderlijke gevallen naar duur en frequentie te beschrijven. Van groot belang is overleg tussen de behandelende arts en de fysiotherapeut, gebaseerd op wederzijds vertrouwen. Dat in deze sfeer van vertrouwen, wanneer het een fondspatiënt betreft, ook nog de controlerende instantie moet worden betrokken, maakt de samenwerking soms niet gemakkelijker. Een behandeling van bijvoorbeeld vier weken eenmaal per week zoals weleens wordt toegestaan, is zinloos, tenzij deze wordt gegeven als verlenging van een eerder verstrekte machtiging met als doel de patiënt nog enige tijd te begeleiden. Het is slechts in heel bijzondere gevallen juist om een patiënt gedurende jaren door te behandelen; dit is wel het geval bij jonge cerebraal gestoorde spastische kinderen. In het algemeen is de zogenaamde „onderhoudsbehandeling” voor de

meeste patiënten weinig effectief en voor de fysiotherapeut op den duur een te grote psychische belasting.

Een volgend aspect is de behandeling „aan huis”. Indien enigszins mogelijk dient de behandeling in de inrichting van de fysiotherapeut te geschieden. De gehele inrichting is er immers op gebaseerd dat de patiënt zo goed mogelijk wordt geholpen. Bij de patiënt thuis is de behandeling dikwijls minder effectief door gebrek aan ruimte en aan outillage. Een niet onbelangrijke factor is de psychische invloed die uitgaat van een goed ingerichte behandelruimte. Om deze redenen is het dan ook beter om bij het ziekenfonds vervoer naar de inrichting van de fysiotherapeut aan te vragen. De overweging, dat behandeling ten huize van de patiënt „goedkoper” is dan vervoer plus behandeling bij de fysiotherapeut, mag mijns inziens niet de doorslag geven indien het gaat om hetgeen voor de patiënt als optimaal moet worden beschouwd.

In sommige gevallen is een punt van veel verdriet voor de patiënt en van ergeris voor arts en fysiotherapeut de tijd, die verloopt tussen de aanvraag van de verwijzende arts en de afgifte van

een machtiging tot behandeling door de controleinstantie. Er dient om administratieve redenen geen tijd verloren te gaan tussen aanvraag en het in behandeling nemen. Niet alleen gaat belangrijke tijd verloren met wachten op de behandeling, doch tevens kostbare tijd in economisch opzicht. De patiënt kan immers pas later zijn werk hervatten. Neemt de fysiotherapeut de verwezen patiënt in afwachting van de officiële toestemming „vast” in behandeling, dan is de kans groot dat het fonds zijn werk niet honoreert. Neemt hij de patiënt niet in behandeling terwijl dit in bepaalde gevallen dringend nodig is, dan voelt hij zich ethisch gefrustreerd.

Met het bovenstaande werd, naar schrijver dezes mag hopen, enig inzicht gegeven in de problemen waarmee de fysiotherapeut heeft te maken en in de wensen, welke hij heeft op het gebied van de communicatie met de verwijzende arts. Moge een en ander dienen tot het verruimen van het inzicht van de huisarts in de mogelijkheden van de fysiotherapie in het algemeen en tot verbetering van het begrip voor zijn medewerker, de fysiotherapeut, in het bijzonder.

*De psychiater als adviseur van de huisarts bij de geboorteregeling**

DOOR PROF. DR. J. BASTIAANS TE LEIDEN

In de laatste twintig jaren heeft vooral in Nederland de psychiater in toenemende mate een adviserende functie gekregen ten aanzien van de arbeid van zijn niet-psychiatrische vakgenoten. Zo heeft hij een taak niet alleen bij de arbeid van de huisartsen, doch ook bij de arbeid van specialisten en controlerende geneesheren, kortom bij de arbeid in het medische vlak waarbij de arts zich regelmatig ziet gesteld voor de problematiek van het regelen, het hanteren of bijsturen van conflicten en daarmee verbonden intermenselijke relaties. Was de psychiater bij zijn arbeid aanvankelijk meer „patient-centered” georiënteerd, naarmate duidelijk werd hoeveel ziekten of syndromen ook in het psychische en in het sociale vlak kunnen zijn gedetermineerd, werd het eveneens duidelijk dat van de nieuwe inzichten slechts dan in therapeutische zin een nuttig gebruik zou kunnen worden gemaakt wanneer de vakgenoten tot op zekere hoogte in dezelfde ontdekkingstechniek zouden worden getraind welke de psychiater zich — vaak via „trial and error” — in zijn opleiding had eigengemaakt.

In deze dagen is de trainingsproblematiek reeds minder problematisch dan tien of twintig jaren geleden. De opkomst van de medisch-psychologische

arbeid van de huisarts is nog kort geleden bij het tienjarig bestaan van het Nederlands Huisartsen Genootschap in het centrum van de belangstelling geplaatst. Sneller dan de psychiaters en de voorstanders van een integrale of socio-psychosomatische geneeskunde hadden durven hopen, is vooral van de zijde van de huisartsen de vraag naar een medisch-psychologische training gekomen. Zelfs zo snel dat aan de vraag naar training nog niet voldoende kon worden voldaan, misschien ook omdat de vertegenwoordigers van psychiatrie en psychologie er nog nauwelijks aan toe waren om de overdracht van hun techniek op vertegenwoordigers van andere medische disciplines efficiënt te doen verlopen.

Het is bekend hoe in Nederland reeds vele huisartsen trainingservaring hebben kunnen opdoen in de zogenaamde medisch-psychologische Balintgroepen. Als psychiatrisch adviseur zijn daarbij tot nu toe ongeveer vijftig zenuwartsen betrokken geweest. Duidelijk is gebleken dat deze groepen ook van variaties op de Balinttechniek hebben gebruik gemaakt, variaties waarvan nog niet vaststaat welke op den duur de voorkeur zullen verdienen. Wat het effect van deze training ook zal mogen zijn, tot nu toe is duidelijk geworden dat de meeste huisartsen en specialisten die medisch-psychologisch zijn getraind, zich bij de uitoefening van de prak-

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus Huisarts en Geboorteregeling, mei 1967.