

## Samenwerking huisarts-fysiotherapeut\*

DOOR J. J. M. MICHELS, ARTS TE NIJMEGEN

Een 67-jarige man, oud-wachtmeester bij de rijks-politie en sinds zijn pensionering een groot man in de paardensport, werd zes weken geleden met een thrombosis cerebri met spoed opgenomen in een ziekenhuis. Als therapie kreeg patiënt naast antibiotica, Sintrom en eupaverine plus nicotinezuuramide. Na vier weken was de algemene toestand zodanig verbeterd dat patiënt kon worden ontslagen. De restverschijnselen zijn ernstig: een spastische hemiplegie rechts, contracturen en een afasie van het motorische type; de patiënt is emotioneel labiel.

De uitvoerige ontslagbrief vermeldt in een regel onderaan: „Als therapie adviseren wij u de ingestelde medicatie voort te zetten en een fysiotherapeut in te schakelen voor de verdere revalidatie”. Patiënt is aan de fysiotherapeut voorgesteld met het volgende briefje: „Geachte heer, graag massage en oefentherapie voor de heer . . ., die zes weken geleden werd getroffen door een thrombosis cerebri, waarvoor hij vier weken in het ziekenhuis heeft gelegen. Machtiging voor driemaal per week zes weken is aangevraagd. Hoogachtend . . .”. De fysiotherapeut komt nu driemaal per week bij de patiënt aan huis.

Commentaar: zo hier al van samenwerking sprake is, dan ligt deze wel op een zeer primitief niveau. Ten eerste blijkt de onkunde van de arts: de fysiotherapeut is te laat ingeschakeld, de contracturen waren te voorkomen geweest, de pneumonie vermoedelijk ook via bronchiaaltoilet; verder vormt de spastische hemiplegie meestal een contra-indicatie voor massage. Ten tweede is de berichtgeving onvoldoende; kennis van de Sintromtherapie is voor de fysiotherapeut van belang, zeker als hij de contracturen moet gaan oprekken; de fysiotherapeut moet in een geval als dit ook enige kennis hebben van de sociale achtergrond, een foutieve eerste benadering kan het succes van de therapie zeker vertragen. Ten derde legt men de verantwoordelijkheid niet op de juiste plaats: de arts moet de behandeling blijven volgen; de fysiotherapeut moet de arts erop attenderen dat massage niet is aangewezen, dat hulp aan huis vermoedelijk onvoldoende is en dat hij graag iets meer van de patiënt wil weten. Men mag zich afvragen of met werken op deze manier iets voor de patiënt kan worden bereikt, met andere woorden of hier therapie wordt bedreven.

Een 82-jarige man heeft al sinds jaren heupklachten. De laatste tijd zijn de klachten verergerd en wordt het lopen steeds moeilijker. Patiënt is ongeveer tien jaar geleden aan de heup geopereerd waarbij een metalen kop-halsprothese is ingebracht. Patiënt wordt naar een fysiotherapeut verwezen voor bestraling met diathermie, zonder vermelding van de aard van de operatie. Tijdens de bestraling heeft de metalen kop de stralen geabsorbeerd, resultaat een gloeiende kop die uitgebreide necrose in het eromheen liggende weefsel heeft gegeven.

Commentaar: onkunde en slordigheid, die een averechtse therapie hebben opgeleverd.

Wibaut schrijft in zijn boek „De methode der geneeskunde” \*: „Ondanks de talloze taken waarmee de geneeskunde van doen heeft, blijft de therapie het hoofddoel van haar werkzaamheden. Dit geldt zeker voor de praktizerende medicus, hetzij huisarts of specialist”. De therapeutische mogelijkheden zijn zo groot, dat de arts deze niet alle meer kan overzien en toepassen. Mede op grond hiervan is een ver doorgevoerde specialisatie binnen de artsenwereld ontstaan. Op een enkel terrein is het toepassen van therapie, namelijk de fysische therapie, overgelaten aan niet-medici. Deze gang van zaken is een uitvloeisel van de specifieke kennis van diverse methoden enerzijds en van de tijdrovendheid van de therapie anderzijds.

Therapie bedrijven zonder onderzoek en zonder beoordeling van de resultaten is zinloos. Het bedrijven van diagnostiek, het toepassen van therapie en het beoordelen van de resultaten hangen zo nauw met elkander samen, dat deze drie taken meestal door één persoon worden vervuld. Zo is bij het toepassen van fysiotherapie een innige samenwerking tussen „diagnostist”-beoordelaar en de therapeut noodzakelijk. De wetgever heeft deze noodzaak ingezien en de samenwerking tussen arts en fysiotherapeut geregeld. De fysiotherapeut moet voor zijn werkzaamheden een schriftelijke opdracht hebben van de behandelende arts en de fysiotherapeut moet de arts op de hoogte houden van het verloop van de behandeling. Daarnaast is de fysiotherapeut verplicht bij twijfel aan de volledigheid of juistheid van de opdracht zich direct met de arts in verbinding te stellen.

Er vanuit gaande dat, zoals boven aangehaald, de therapie hoofddoel van de geneeskunde is, dat

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

\* F. Bohn, Haarlem, 1962.

therapie zonder voorafgaand onderzoek en beoordeling van de resultaten zinloos is, terwijl er verder op dit terrein een wettelijke regeling bestaat, heeft het alle zin de samenwerking tussen arts en fysiotherapeut nader te bezien. Voor de goede samenwerking tussen arts en fysiotherapeut moet er, afgezien van een bereidheid die er gelukkig vrijwel altijd bestaat, worden voldaan aan onder andere de volgende voorwaarden:

1. er moet inzicht bestaan in elkanders werk, mogelijkheden en grenzen;
2. men moet een gemeenschappelijk doel nastreven;
3. men moet zijn eigen verantwoordelijkheid dragen en die van de ander kennen en respecteren;
4. er moet waardering bestaan voor elkanders werk;
5. de materiële mogelijkheden tot samenwerking moeten aanwezig zijn.

Ad 1 Inzicht in elkanders werk. Helaas moet worden vastgesteld, dat menige arts weinig kennis heeft van de mogelijkheden en methodieken van de fysiotherapeut. De artsen kennen over het algemeen onvoldoende de indicaties en contra-indicaties op het terrein van de fysiotherapeut. Vele patiënten worden verwezen voor massage, terwijl oefentherapie is geïndiceerd; sommigen worden zonder een duidelijke indicatie verwezen; anderen, voor wie juist deze vorm van therapie bijzonder waardevol zou kunnen zijn, worden ten onrechte niet naar de fysiotherapeut verwezen.

De opleiding in therapie in het algemeen laat veel te wensen over, maar zulks geldt in het bijzonder voor de fysische therapie. Aan onze universiteiten wordt, in tegenstelling tot de situatie in vele buitenlandse instellingen, de fysiotherapie niet onderwezen. De therapie, waaronder de fysische, dient tijdens de opleiding dezelfde nadruk te verkrijgen als de ziekteleer en de diagnostiek. Aan de andere kant ervaart men dikwijls dat menige fysiotherapeut te weinig inzicht heeft in de betekenis van de door de huisarts bedreven geneeskunde. Door zijn integrale continue benadering en zijn kennis van de patiënt is de huisarts in staat de fysiotherapeut inlichtingen over het directe ziektebeeld, maar bovendien ook over de „gehele” patiënt te verstrekken, inlichtingen die voor het succes van zijn behandeling van het grootste belang kunnen zijn. Tijdens de opleiding tot fysiotherapeut zal aandacht moeten worden besteed aan de huisartsgeneeskunde, zodat de fysiotherapeut inzicht krijgt in de mogelijkheden en in de waarde van deze vorm van geneeskunde. Wellicht kan het Huisartsen-Instituut een bijdrage leveren aan dit deel van het onderwijs.

Inzicht in elkanders werk kijgt men niet alleen door de opleidingen aan te passen, maar bovenal door intensivering van de contacten. Schriftelijk contact alleen is onvoldoende. Het zal aan het inzicht in elkanders werk zeer ten goede komen wan-

neer de huisarts en de fysiotherapeut, afhankelijk van de omstandigheden, in elkanders spreekkamer of instituut tezamen de patiënt onderzoeken en in gezamenlijk overleg de therapie bepalen.

Ad 2 *Een gemeenschappelijk doel nastreven.* Het doel van de fysiotherapie is, door middel van haar methoden en technieken de klachten en de afwijkingen van de patiënt te verminderen of te doen verdwijnen. De arts moet dus die patiënten naar de fysiotherapeut verwijzen, die door middel van deze therapie het beste kunnen worden geholpen. Sommige artsen verwijzen echter een patiënt om hem het idee te geven, dat er iets aan hem wordt gedaan; zij doen zulks soms ook met een voor therapie niet vatbare patiënt. Dit is in enkele gevallen juist, de fysiotherapeut moet echter van dit speciale doel op de hoogte zijn, zodat dit „iets doen” ook zijn oogmerk wordt.

Af en toe komen helaas ook probleempatiënten, voor wie de arts geen tijd heeft, terecht bij de fysiotherapeut, die hen dan enige weken „zoet mag houden”. Met dit doel kan een fysiotherapeut zich moeilijk verenigen. Bij iedere verwijzing moet de arts de fysiotherapeut mededelen met welk doel hij de patiënt naar hem verwijst en wat hij van de therapeut verwacht.

Ad 3 *Elkanders verantwoordelijkheid kennen.* De arts is primair verantwoordelijk voor de diagnostiek en de bepaling van de therapie. Over de uitvoering van de therapie kan hij natuurlijk in overleg treden met de fysiotherapeut. De arts blijft het gehele therapeutische proces door zijn verantwoordelijkheid voor de patiënt behouden. Hij kan deze verantwoordelijkheid niet tijdelijk overdragen aan de fysiotherapeut. Deze is verantwoordelijk voor het juist en deskundig toepassen van de voorgeschreven therapie. Zijn verantwoordelijkheid is daarmee niet ten einde. Bij twijfel aan de juistheid of volledigheid van de opdracht of van onderdelen daarvan, moet de fysiotherapeut zich met de arts in verbinding stellen. Doen zich tijdens de behandeling complicaties voor, dan moet hij de arts waarschuwen. Hij heeft dus ook een signalerende en rapporterende verantwoordelijkheid. Het dragen van de eigen verantwoordelijkheid en het begrip hebben voor die van een ander kan de samenwerking zeer bevorderen. Elkanders verantwoordelijkheid als bemoeizucht ervaren werkt bijzonder remmend.

Ad 4 *Waardering hebben voor elkanders werk.* Dit houdt in elkanders werk kennen en overtuigd zijn van het nut ervan. Aangezien men het werk bijna nooit los kan zien van de persoon, is het voor een goede samenwerking bijzonder nuttig dat men ook waardering heeft voor elkander als persoon. Hoewel de waardering voor de fysiotherapie duidelijk toeneemt — de fysiotherapie is niet meer weg te denken uit ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleegtehuizen — kan men zich nog steeds niet

aan de indruk onttrekken dat de fysiotherapie nog niet als gelijkwaardig wordt erkend naast andere vormen van therapie.

In de diverse therapeutische gidsen en compendia neemt de fysiotherapie nog een zeer ondergeschikte plaats in. Er zijn nog verscheidene huisartsen, die nooit een patiënt naar een fysiotherapeut verwijzen, hetgeen alleen maar kan betekenen dat zij aan deze therapie geen waarde toekennen. Het bekende gezegde: „Fysiotherapie is psychotherapie” doet het als grapje nog steeds goed.

De waardering welke de fysiotherapeut voor de arts heeft, is veelal niet groot, daar hij te vaak ervaart dat de arts de mogelijkheden van zijn therapie onbenut laat of de patiënt in een veel te laat stadium ervan laat profiteren. Terecht verwijt de fysiotherapeut de representanten van de medische wereld dat deze een te geringe kennis hebben van zijn mogelijkheden en dat zij hiervoor ook te weinig belangstelling koesteren. Niet altijd echter is deze te geringe waardering voor de arts gemotiveerd, omdat de fysiotherapeut vaak onvoldoende begrip heeft voor de moeilijkheden in het werk van de arts. Een betere kennis van elkanders werk en een betere communicatie kunnen de waardering voor elkander sterk opvoeren, waardoor een goede samenwerking wordt bevorderd.

*Ad 5 De materiële mogelijkheden tot samenwerking moeten aanwezig zijn.* Arts en fysiotherapeut moeten elkander gemakkelijk kunnen bereiken. Dit valt in de praktijk tegen. Het schriftelijke contact is vaak onvoldoende, het telefonische contact is voor een van de beide partijen meestal storend en door het niet altijd direct bij de hand hebben van de benodigde gegevens is deze vorm van communicatie vaak onvolledig. Persoonlijk contact stuit veelal af op tijdgebrek of het onvolledig afgesteld zijn op elkanders werkschema.

Therapie moet zo spoedig mogelijk aansluiten bij de diagnostiek; tijd en moeite vragende procedures ten behoeve van de betaling van de fysio-

therapie belemmeren een vlotte samenwerking.

Met bovenstaande opsomming van enkele voorwaarden en met de daarbij gemaakte opmerkingen is de problematiek van de samenwerking tussen arts en fysiotherapeut allerminst volledig behandeld. Wel zijn er op basis van het voorafgaande enkele richtlijnen voor een verbetering in deze samenwerking op te stellen. Voor een directe verbetering is het noodzakelijk dat de arts en de fysiotherapeut uitvoerig en duidelijk met elkander in contact treden. Dit contact kan incidenteel zijn naar aanleiding van de behandeling van een patiënt. Geregelde contacten zijn veel wenselijker, bijvoorbeeld eens per twee of vier weken, bij welke gelegenheid dan tevens de machtigingen kunnen worden getekend.

Verder zal men bij het voorstellen en het in behandeling nemen van een patiënt het volgende moeten bespreken, zo nodig aan de hand van een vastgesteld formulier: Enige algemene gegevens betreffende de patiënt; de klacht of de afwijking waarvoor behandeling wordt gevraagd; andere bestaande afwijkingen, daar zij een contra-indicatie kunnen vormen voor bepaalde fysische behandelingen; andere therapeutische maatregelen die reeds worden toegepast; het doel van de behandeling; de aard van de behandeling; de frequentie en duur van de behandeling en tenslotte de vraag wanneer de patiënt door de arts ter controle zal worden gezien.

Voor een fundamentele verbetering van de samenwerking zal moeten worden bestudeerd aan welke voorwaarden in het algemeen moet worden voldaan om tot een vruchtbare samenwerking te komen. Dit zou wellicht een taak kunnen zijn voor het Nederlands Huisartsen-Instituut. Deze algemene voorwaarden moeten dan worden aangepast aan de specifieke eisen, die aan de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut worden gesteld. Hier ligt een taak voor een gezamenlijke commissie uit het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.