



patiënt hartziekten (infarct) of longziekten (emfyseem) heeft doorgemaakt. Tevens is een vroeger cerebrovasculair accident een belangrijk gegeven. (b) De huidige ziekten zijn van zeer groot belang: bijvoorbeeld de psychische toestand van patiënt (in verband met de benaderingswijze) of een toestand der extremiteiten (Cave gepend collum: géén UKG!).

(c) De medicatie geeft een algemene inlichting over het huidig lijden.

V De onderste horizontale kolom scheidt notiekans voor de algemene gedragingen: het vermogen („kan nog lopen en gaan zitten”), onvermogen („kan niet zonder hulp lopen”) en de vorderingen. In de kolom % geven arts en fysiotherapeut een schatting van de „algemene vooruitgang”: dit nu bleek eigenlijk niet mogelijk te bepalen.

NB We zijn de patiënten gaan filmen, met een interval van 6-8 weken, zodat de vooruitgang objectief komt vast te liggen.

VI Aan de achterzijde van de kaart lopen de onder V genoemde kolommen door en is er ruimte voor aantekeningen.

*Gang van zaken.* De patiëntenverwijskaart wordt door mij geruiterd, ingevuld en opgestuurd naar de fysiotherapeut. Daarna volgt — na ontvangst van de kaart — telefonisch overleg, waarin aanvullingen, respectievelijk wijzigingen in oefeningen worden besproken. Tijdens de behandeling ga ik zo mogelijk de patiënt bezoeken.

In de twee jaar dat deze kaart in gebruik is — aanvankelijk werd deze kaart gebruikt voor „bejaardentehuispatiënten”, later ook voor „huispatiënten” — voldoet deze patiënten-verwijskaart goed en bevat naar het oordeel van de fysiotherapeut voldoende gegevens om fouten zoals door *Leffelaar* en *Michels* beschreven, te voorkomen en de juiste therapie in te stellen.

#### Casuïstiek.

Patiënte 1, geboren 1890. In 1925 reumatoïde artritis; 1965 collumfractuur rechts; 1966 collumfractuur links, geopereerd met behulp van een pen. Bij ontslag uit het ziekenhuis bestaat resttoestand reumatoïde artritis, resttoestand door collumfractuur links en rechts en vooral resttoestand ten gevolge van hospitalisatie: patiënte is honderd procent bedpatiënte. Zij werd aanvankelijk in bed

passief geoefend en kreeg massage; daarna actief oefenen. Na twee tot drie weken was zij bed-stoel-patiënte. Vervolgens ging zij naar de oefenzaal van de fysiotherapeut: oefenen in loopbrug, leert lopen met behulp van driepoot, leert los lopen.

De bezoeken die ik haar gebracht had toen zij bedlegerig was en tijdens de behandeling in de oefenzaal, bleken een grote stimulans voor patiënte te zijn geweest. Uit het overleg tussen de fysiotherapeut en mij valt nog te vermelden dat een opmerking werd gemaakt over het feit dat patiënte zo snel vermoeid was. Dit gaf aanleiding haar hemoglobinegehalte te bepalen, wat 55 procent bleek te zijn: een voorbeeld van vruchtbaar overleg respectievelijk samenwerking.

Patiënt 2, geboren 1881. Tractus-anamnese: geen afwijkingen van betekenis; patiënt is licht dement; beiderzijds conjunctivitis. Op de bovenbeenstomp heeft hij een stokprothese, waarmede hij niet kan lopen. Ook kan hij niet zelfstandig eten. Het bloedonderzoek levert geen bijzonderheden op. Patiënt krijgt loopoefeningen in de loopbrug; UKG-bestralingen. Tijdens mijn bezoek kon patiënt — zij het met moeite — zelf uit zijn stoel opstaan. In verband met spierklachten kreeg hij tevens paraffine-wikkelingen en na een half jaar intensieve begeleiding kan hij nu weer los lopen en zelfstandig eten.

Patiënt 3. Anamnese: diabetes op latere leeftijd; status na apoplexie rechts. Patiënt ligt passief in bed, kan zitten noch lopen. Passieve oefeningen in bed (instructie van huisgenoten, respectievelijk (wijk)verpleegster). De fysiotherapeut leert hem te steunen op de aangedane zijde en geeft schouderoefeningen, armoefeningen aan wandrek, oefeningen met gezonde arm, die „zieke arm” in de oefeningen betreft. Na anderhalf jaar loopt hij los in de loopbrug; de anteflexie van de arm bedraagt 30 graden, de abductie ongeveer 35 graden. Na vier maanden oefenen en nog eens oefenen loopt patiënt beter (te zien op de gemaakte film). De anteflexie van de arm bedraagt nu 50 graden, de abductie van de arm 45 graden. Na veel lovende aanmoedigingen van mij wordt patiënt coöperatiever en oefent graag.

Deze summier opsomming geeft de resultaten weer van intensieve samenwerking tussen huisarts-fysiotherapeut-(wijk)verpleegster en familieleden. De samenwerking is — vooral in het begin — van groot belang, (met name voor de patiënt met een recente apoplexie: correctie met zandzakken en kussens ter voorkoming van contracturen) en het gebruik van een patiënten-verwijskaart gaf ons en naar wij hopen de patiënten, veel voordeel.

Leffelaar, E. G. (1968) huisarts en wetenschap 11, 172-175.  
Michels, J. J. N. (1968) huisarts en wetenschap, 11, 169-171.