

dien al een paar dagen geen defaecatie had gehad. Bij onderzoek bleek hij een flink gevulde urineblaas te hebben, de ampulla recti zat vol met faeces en bij toucher was een forse prostaat te voelen. Ik nam hem op onder de diagnose prostaathypertrofie. De chirurg schreef dat bij onderzoek een blaasretentie van een halve liter was gevonden, terwijl het rectum stampvol ontlasting zat. Voorts schreef hij dat uit de anamnese bekend was dat patiënt de laatste weken imipramine had gekregen. Met de toediening daarvan werd direct gestopt en hij werd eenmaal gecatheteriseerd. Vrij vlot kwam daarna de mictie weer op gang en dank zij een clysmata met laxans kwam ook de defaecatie weer in het normale patroon.

Mevrouw O, 66 jaar oud, bleek bij een preventieve controle op glaucoma simplex een duidelijk verhoogde druk te hebben. Zij werd verwezen naar een oogarts die glaucomateuze excavaties van de papillen vond. De diagnose werd gesteld op glaucoma simplex. Toen patiënte enkele maanden later voor controle van de verhoogde bloeddruk op mijn spreekuur kwam, vertelde zij mij dat de oogarts wat moeite had gehad om de oogdruk met pilocarpine op een normaal peil te krijgen. Op hetzelfde moment realiseerde ik mij dat

zij sedert een paar jaar tweemaal per dag 25 mg imipramine gebruikte. Ik liet onmiddellijk dit gebruik staken. In hoeverre de toediening gedurende enige jaren invloed heeft gehad op het ontstaan van het glaucoma simplex is uiteraard niet na te gaan.

Bij eerstgenoemde patiënt was het mogelijk geweest de ongewenste bijwerkingen van urineretentie en obstipatie tegen te gaan door het toedienen van prostigmine of neostigmine. Deze preparaten heffen dergelijke bijwerkingen op. Indien men niet kan ontkomen aan het toedienen van psychofarmaca aan bejaarden, moet men dus zeer attent zijn op het optreden van bovengenoemde bijwerkingen. Men kan ook bij beginnende stoornissen neostigmine toedienen. De consequentie van de bevinding bij patiënte O is, dat een regelmatige controle van de oogdruk bij patiënten die men psychofarmaca toedient dringend noodzakelijk is, in elk geval bij allen die 50 jaar en ouder zijn.

Samenwerking tussen huisarts en heilgymnast/masseur in het team voor wijkgezondheidszorg in Rotterdam-Ommoord

DOOR F. E. RIPHAGEN, HUISARTS, N. T. BUYTEN, HEILGYMNAST/MASSEUR EN DR. H. LAMBERTS, HUISARTS

Hamlet, prins van Denemarken, wordt ons voorgesteld als een onvolwassen twijfelaar die niet kon kiezen en aldus zichzelf en zijn naaste omgeving, die dit gedeeltelijk uiteraard verdiende, groot nadeel berokkende. Voor zover ons bekend is de misbruikte Deen nooit vergeleken met de Nederlandse huisarts anno 1972. Een moderne exegeet zou stellen dat Hamlet (huisarts 1972) geen referentiekader had en dat hij niet wist of hij ten aanzien van de hem omringende maatschappelijke krachten een aanpassings- dan wel een conflictmodel moest hanteren. Tenslotte ontstond een crisissituatie waarin hij zichzelf te gronde richtte en waarna het rijk dat hem toekwam meteen in vreemde handen geraakte, namelijk van de Noorse prins Fortinbras jr, die helaas te vaag is beschreven om hem te kunnen vergelijken met het spook van de „comprehensive health care” in de eerstelijns gezondheidszorg. Samen met anderen kan de huisarts proberen dit spook te verdrijven.

Vanuit het multidisciplinair samengestelde eerstelijns team in Ommoord (*Bakker*) trachten wij bij te dragen aan het tot stand komen van een referentiekader voor de huisartsgeneeskunde, mede door analyse van het werk van de huisarts en van

de verschillende samenwerkingsvormen, die heden ten dage door ieder worden gewenst, maar die zelden zijn getoetst op hun inhoud en praktische betekenis. De serie verslagen omvat wat Ommoord betreft tot nu toe de samenwerking met het maatschappelijk werk (*Lamberts en Op 't Root*), met de apotheker (*Lancee en Lamberts*) en met de diëtiste (*De Vries en Lamberts*). Deze serie wordt thans aangevuld met een verslag over de samenwerking met de fysiotherapeut.

De fysiotherapeut is sinds mei 1969 een vast lid van het team; bij het gereedkomen van het gezondheidscentrum najaar 1972 zal hij met twee collega's-teamleden over een eigen ruimte kunnen beschikken. De uitgangspunten die bij onze samenwerking zijn gehanteerd, komen in grote lijnen overeen met de aanwijzingen van *Van Gestel en Leffelaar*. De belangrijkste punten zijn de volgende:

wederzijds van tevoren goed op de hoogte komen van elkanders professionele inbreng en opvattingen;

goede indicatiestelling en zo uitgebreid mogelijke schriftelijke informatie over patiënt en gezin van huisarts en fysiotherapeut;

scheppen van ruime mogelijkheden voor contact tijdens de behandeling;

schriftelijke informatie van de fysiotherapeut over verloop en resultaat van de behandeling, waarmee de patiënt bij de huisarts terugkomt en het gezamenlijk bepalen van een eventuele verdere behandeling;

goede samenwerking van beide partijen met een vaste orthopedisch chirurg.

Dit artikel is een verslag van de samenwerkings-situatie aan de hand van 121 patiënten, in 1969 en 1970 door twee huisartsen van de groepspraktijk naar de fysiotherapeut verwezen. Vanwege de benarde ruimtelijke situatie — de zolder van een woning-wetwoning — waarmee de fysiotherapeut rekening moest houden, is uitsluitend van massage en oefen therapie sprake en werden de fysio-technische applicaties, het derde onderdeel van het pakket zoal omschreven in het fysiotherapiebesluit van 1965, niet toegepast. Gezien de speciale belangstelling van het Ommoordse team voor psychosociale problematiek en gezien het bekende feit dat bijvoorbeeld rugklachten in sterke mate psychosociaal kunnen zijn bepaald (*Koekenberg*), zal het duidelijk zijn dat een onderzoek van de samenwerkings-situatie mede daarop werd gericht.

In *tabel 1* vindt men een overzicht van de door ons verzamelde informatie verkregen bij genoemde 121 patiënten. De nummers 1 tot en met 17 zijn door de huisarts genoteerd, waarbij 1 tot en met 8 betrekking hebben op het gezin waarvan de patiënt deel uitmaakt en 9 tot en met 17 individuele gegevens van de patiënt zelf weergeven. Deze gegevens komen goeddeels overeen met de achtergrondinformatie die in de morbiditeitsanalyse in Ommoord wordt gebruikt. Voórkomen van problematiek bij patiënt en gezin is hier meer gedetailleerd aangegeven. In de tweede kolom staan de afgeronde percentages, terwijl de 0 of 1 tussen haakjes betrekking heeft op het dichotomiseren van een aantal variabelen, waarover later. De demografische gegevens geven een representatief beeld van de Ommoordse bevolking zoals neergelegd in het verslag van de Gemeentelijke Sociale Dienst van de gemeente Rotterdam in 1970.

Opvallend is het hoge percentage van gevallen (66,3 procent) waarin sprake is van psychosociale problematiek bij patiënt en/of gezin. Wanneer deze percentages worden vergeleken met de gegevens uit het diëtiste-onderzoek (*De Vries en Lamberts*) — te weten 43 procent psychosociale problematiek in het gezin en 50 procent individuele problematiek — dan krijgt dit gegeven nog meer betekenis. De verdeling van de probleemsoorten komt redelijk

Samenvatting. In Rotterdam/Ommoord bestaat sinds 1968 een vast samenwerkingsverband tussen de groepspraktijk en de fysiotherapeut. De uitgangspunten en de werkwijze worden beschreven. Informatie is verzameld over 121 patiënten die in 1969 en 1970 door twee huisartsen der groepspraktijk naar de fysiotherapeut werden verwezen. Hieronder zijn begrepen gegevens over het gezin waartoe de patiënt behoort, het bestaan van somatische en van psychosociale problematiek, de aard en de duur der behandeling, het resultaat van de behandeling en de aard van de behandelde afwijking. Ook is aandacht geschonken aan het subjectief ervaren contact met de patiënt door de huisarts en de fysiotherapeut, het inbrengen van psychosociale problematiek tijdens de behandeling en de coöperatie van de patiënt.

Een goed resultaat van de behandeling binnen een korte behandelingsperiode valt op. Binnen de verzamelde informatie kon geen duidelijke invloed op het resultaat der behandeling worden gelokaliseerd.

In een correlatiematrix is de afhankelijkheidsstructuur samengevat. De tastbare verbanden worden beschreven. Het meest opvallend is de bijzondere plaats welke het bestaan van psychosociale problematiek bij de patiënt in het dagelijks werk van de fysiotherapeut inneemt. Gepleit wordt de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut te bevorderen.

overeen met de verdeling in het diëtiste-onderzoek en het evaluatie-onderzoek van de samenwerking met de maatschappelijk werker (*Lamberts en Op 't Root*). Het is dus duidelijk dat de fysiotherapeut frequent heeft te maken met patiënten die actuele psychosociale problematiek hebben.

Het percentage „complicerende” lichamelijke afwijkingen, die los staan van de afwijking welke de hulp van de fysiotherapeut nodig maakte, is niet opvallend hoog (22,3 procent). De globale waardering door de huisarts van het contact met het gezin laat zien dat in de helft van de gevallen de huisarts dat contact in beginsel met alle gezinsleden goed vond. In een kwart van de gevallen werd het contact als wisselend beschouwd, hetgeen kan voortkomen uit verschillen in waardering van het contact met verschillende gezinsleden, maar ook uit een fluctuatie in de tijd. De nummers 18 tot en met 28 zijn door de fysiotherapeut genoteerd. De soort afwijkingen die voor fysiotherapie in aanmerking kwamen behoeft enige nadere toelichting.

Het cervicale syndroom omvat alle cervicale pathologie zoals osteochondrosis, discopathie, halsribben, verdiepte en verstreken lordose, cervicale hoofdpijn en motiliteitsveranderingen. Praktisch

Tabel 1. Informatie verkregen bij 121 patiënten. Voor verdere verklaring zie tekst. Aantallen in percentages.

1 Huisarts	Huisarts 1	62	(0)
	Huisarts 2	38	(1)
2 Beroepsprestige	Handenarbeid	14	(0)
	Lagere employés	25	(0)
	Midden employés	43	(1)
	Hogere employés	12	(1)
	Vrije en academische beroepen	6	(1)
3 Gezinssamenstelling	Gezin zonder kinderen	19	
	Gezin met jonge kinderen	28	
	Gezin met oudere kinderen	34	
	Bejaarden, kinderen uit huis	8	
	Rest, overige	11	
4 Kinderaantal	Geen	33	
	Eén of twee	39	
	Drie of meer	28	
5 Woonvorm	Flat	70	
	Eengezinswoning	28	
	Overige	2	
6 Bestaan van actuele psycho-sociale problematiek in het gezin	Ja	57	(1)
	Neen, onbekend	43	(0)
7 Bestaan van belangrijke lichamelijke ziekten in het gezin	Ja	28	(1)
	Neen, onbekend	72	(0)
8 Globale waardering door de huisarts van zijn contact met het gezin	Matig, slecht	9	(0)
	Wisselend	26	(0)
	Indifferent	16	(0)
	Goed	49	(1)
9 Geslacht	Vrouw	53	(1)
	Man	47	(0)
10 Leeftijd in jaren	Gemiddelde leeftijd 41 jaar Standaarddeviatie 14,9		
11 Werkend of niet	Niet-werkend	41	(0)
	Werkende man of vrouw	56	(1)
	Werkend kind	3	(1)
12 Bestaan van belangrijke lichamelijke ziekte(n) waarom regelmatige controle nodig is	Geen	79	(0)
	Wel	11	(1)
	Idem, maar met vermindering van activiteiten van het dagelijkse leven	10	(1)
13 Aard van de lichamelijke aandoening van nr 12	Geen	79	
	Cardiovasculair	3	
	Ademhalingsorganen	1	
	Spijverteringsorganen	2	
	Neurologische ziekten	1	
	Bewegingsapparaataandoeningen	3	
	Urogenitaal stelsel	2	
	Combinaties van bovenstaande	9	
14 Voorkomen van psycho-sociale problematiek bij patiënt	Niet of onbekend	34	
	Wel	66	
15 Aard van de problematiek: relationeel	Niet of onbekend	66	(0)
	Wel	34	(1)

16 Aard van de problematiek: werk- en ontplooiingsproblematiek	Niet of onbekend	74	(0)
	Wel	26	(1)
17 Aard van de problematiek: overige, intrapsychisch	Niet of onbekend	65	(0)
	Wel	35	(1)
18 Aard van de aandoening waarvoor patiënt naar de fysiotherapeut werd verwezen	Cervicaal syndroom	18	(0)
	Spondylosis lumbalis, hernia nucleii pulposus, discopathie	45	(1)
	Periarthritis humeroscapularis	15	(2)
	Houdingsafwijkingen inclusief M. Scheuermann	8	(2)
	Ziekten van de ademhalingsorganen, C.A.R.A.	1	(2)
	Neurologische ziekten	1	(2)
	Spierhypertonie „sec”	2	(2)
	Epicondylitis, tendinitis	1	(2)
	Posttraumatisch	8	(2)
	Reumatoïde artritis	1	(2)
	19 Discrepantie tussen klachten en afwijkingen	Veel klachten, weinig afwijkingen	55
Gemiddeld		42	(0)
Weinig klachten, veel afwijkingen		3	(0)
20 Aard van de behandeling	Massage alleen	0	
	Oefeningen alleen	8	
	Beide	92	
21 Aantal behandelingen	12	55	
	24	31	
	36	12	
	48	1	
	60	1	
22 Duur van de behandeling	Minder dan drie maanden	55	(1)
	Drie maanden	30	(0)
	Zes maanden	11	(0)
	Negen maanden	2	(0)
	Twaalf maanden	2	(0)
23 Verwezen door een andere arts (niet de huisarts; veelal de vaste orthopedisch chirurg met wie de huisartsen samenwerken)	Ja	18	
	Neen	82	
24 Resultaat op moment van ontslag	Slechter	2	(0)
	Geen verandering	12	(0)
	Goed	86	(1)
25 Coöperatie van de patiënt tijdens de behandeling	Slecht	28	(0)
	Matig	35	(0)
	Goed	45	(1)
26 Waardering door fysiotherapeut van het contact met de patiënt	Slecht	1	(0)
	Matig	23	(0)
	Goed	76	(1)
27 Mate waarin patiënt zijn psycho-sociale problematiek aan de fysiotherapeut presenteerde	Niet van toepassing	8	(0)
	Niet	8	(0)
	Matig	37	(0)
	Duidelijk en frequent	47	(1)
28 Voorafgegangene behandelingen voor dezelfde aandoening	Geen	68	(0)
	Operatie(s)	4	(1)
	Fysiotherapie	22	(1)
	Bestralingen en overige behandelingen	6	(1)

steeds was vóór de verwijzing röntgenonderzoek verricht.

Spondylosis lumbalis omvat alle pathologie in dat gebied. Ook hier was praktisch steeds röntgenonderzoek verricht. De fysiotherapeut lette extra op neurologische verschijnselen bijvoorbeeld ook op atrofie en op het looppatroon;

Periarthritis humeroscapularis (P.H.S.). Er werd eventueel in combinatie met corticoidenbehandeling zo snel mogelijk verwezen. Deze groep bevatte een enkele maal een aandoening waarvan de oorzaak toch in de cervicale wervelkolom bleek te zijn gelegen.

De houdingsafwijkingen, vooral bij jonge mensen en kinderen, vereisten veel psychische steun en advizen over andere vormen van selectieve spiertraining zoals zwemmen en ballet.

C.A.R.A.-patiënten van alle leeftijden, postoperatieve en longcarcinoompatiënten werden intensief met klopmassage en ademgymnastiek behandeld. Voor de fysiotherapeut in samenwerking met wijkverpleegkundige en huisarts was dit een dankbare therapie, waarbij frequent ook in avond- en weekenduren door de fysiotherapeut werd behandeld.

Neurologische ziekten zoals de ziekte van Parkinson en cerebrovasculaire accidenten enerzijds en een spastische verlamming bij twee kinderen (behandeld volgens een Bobath oefenschema) vormen een klein deel van de verwezen casuïstiek.

Epicondylitis, behandeld met sederende massage van de extensoren van de onderarm.

De percentages laten een overwegende rol zien van de „hals-rug-P.H.S.” groep, terwijl neurologische „grote” ziektebeelden een gering aandeel in het dagelijkse werk van de fysiotherapeut leverden, hetgeen deels verklaarbaar is uit de leeftijdsopbouw van de praktijkpopulatie in Ommoord. Zoals ook uit de verzamelde informatie blijkt, lag het accent van de behandeling door de fysiotherapeut op het onderkennen van psycho-sociale momenten hetgeen een intensieve persoonlijke benadering inhield. Dit nam veel tijd; een ruim afspraakschema bleek noodzakelijk om ook acute gevallen binnen acceptabele tijd in behandeling te kunnen nemen. Hierbij is het van belang om de nadruk te leggen op de economische gevolgen voor de fysiotherapeut van een behandeling met weinig apparatuur.

Hij ging na of er sprake was van discrepantie tussen de klachten en de afwijkingen die werden geconstateerd, met de bedoeling verband met probleemsituaties te zoeken. Iets meer dan de helft van het aantal patiënten had meer klachten dan de fysiotherapeut op grond van de objectieve afwijkingen verklaarbaar achtte.

Het blijkt dat er kort en intensief werd behan-

deld. Tevens is nagegaan in hoeverre de door de huisarts gesignaleerde (of niet-gesignaleerde) psycho-sociale problematiek door de patiënt bij de fysiotherapeut werd ingebracht. Gezien de percentages kan men concluderen dat vele patiënten de behandelingssituatie bij de fysiotherapeut geschikt vinden voor het presenteren van hun probleem.

Bevredigend is het hoge percentage „goed resultaat op moment ontslag” (86 procent) en het feit dat een dergelijk resultaat in meer dan de helft van het aantal gevallen met twaalf behandelingen tot stand kwam. Gezien ervaringen met het recidiveren van klachten waarvoor behandeling door de fysiotherapeut nodig wordt, moet de vraag naar de recidief-frequentie natuurlijk als eerste worden gesteld bij de follow-up van dit onderzoek.

Bij de voorbereiding van dit artikel bleek dat nog niet eerder een vergelijkbaar verslag over de samenwerking huisarts-fysiotherapeut was gepubliceerd. Dit betekent enerzijds dat onze resultaten niet met de ervaringen van anderen kunnen worden vergeleken en dat dus niet kan worden vastgesteld of wij het beter of slechter deden dan anderen. Anderzijds geeft deze nieuwe opzet aanleiding tot statistisch analyseren van het cijfermateriaal, hetgeen in het Ommoordse team bovendien als noodzakelijk wordt ervaren, alhoewel een en ander door de lezers blijkbaar niet algemeen wordt gewaardeerd. Hamlet stelde in een vergelijkbare situatie, sprekend tot Rosencrantz en Guildenstern over zijn omgeving als over een gevangenis: „Dan is het voor jullie dus niet zo, want niets is òf goed òf kwaad, dat maakt ons denken ervan.”

In *tabel 2* vindt men een correlatie-matrix, waarbij alle variabelen in dichotome vorm zijn gegoten. Wanneer informatie in dichotome vorm wordt gepresenteerd, houdt dit in dat in de totale verdeling van een variabele op een voor verdere analyse gunstige plaats een „streep” wordt getrokken, waardoor de verdeling in twee stukken uiteenvalt. Achter 23 variabelen in *tabel 1* is tussen haakjes een aantal nullen en enen te zien, die aangeven bij welke variabelen en op welke manier deze dichotomie is aangebracht.

De groep soorten afwijkingen, variabele 14, 15, 16, valt uiteen in drie groepen: „hals-rug-en rest-aandoeningen. Omdat er sprake is van 121 verwezen patiënten is de correlatie-coëfficiënt significant op het 1 procent niveau wanneer $r = \geq 0,23$. Dit betekent op zichzelf heel weinig wanneer men zich realiseert dat twee variabelen waartussen een correlatie $r = + 0,23$ blijkt te bestaan niet meer dan $(0,23)^2 \times 100 = 4,3$ procent van elkaars variantie verklaren. Het betekent niet meer dan dat de kans dat het gevonden verband alleen op toeval berust, kleiner dan 1 op 100 is. In een omvangrijke

correlatie-matrix zoals de betreffende met 23 variabelen is het alleen daarom al reëel om te veronderstellen dat een aantal „significante” correlaties inderdaad op toeval berust. Om de leesbaarheid van de matrix te bevorderen werden alle correlatiecoëfficiënten $< 0,23$ weggelaten. Lezers die meer aan tabellen gewend zijn waarin een chi-kwadraat wordt berekend, hebben wellicht houvast aan de overweging dat in het geval van dichotome variabelen $r^2 = \frac{X^2}{n}$ *

In deze matrix valt het op dat variabele 1 en variabele 23 — de persoon van de huisarts („interdoctor variation”) en het al of niet voorafgegaan zijn van een fysiotherapeutische behandeling voor dezelfde aandoening — geen tastbare invloed hebben. Deze twee conclusies zijn belangrijk omdat daarmee in theorie niet-onbelangrijke „bias” mogelijkheden bij de beoordeling van de afhankelijkheidsstructuur in tabel 2 praktisch zijn uitgesloten. Het resultaat op het moment van ontslag — een centrale variabele in dit onderzoek — is enigszins beter naarmate de fysiotherapeut zijn contact met de patiënt hoger waardeerde.

Opvallend is dat noch het bestaan van complicerende somatische ziekten, noch het bestaan van psycho-sociale problematiek invloed van betekenis blijkt te hebben, evenmin trouwens als de duur van de behandeling, het bestaan van discrepantie, de coöperatie van de patiënt en het al of niet werken. Bij het beroepsprestige bestaat een verband met de aard van de aandoening: hoe hoger het beroepsprestige hoe hoger de frequentie „hals”-

aandoeningen en hoe lager de frequentie „rug”-aandoeningen. In tegenstelling tot wat wij in Ommoord gewend zijn bestaat hier geen negatieve relatie tussen het beroepsniveau en de leeftijd, zodat het verband met de aard van de aandoening niet op leeftijdsverschil kan berusten.

Positieve waardering van het contact met de patiënt door huisarts en fysiotherapeut gaan in geringe mate samen en wel vooral wanneer in het gezin een belangrijke lichamelijke ziekte bestaat. Psycho-sociale problemen worden duidelijk aan de fysiotherapeut gepresenteerd met name wanneer het relationele en „overige” (intrapsychische) problematiek betreft en iets vaker door de vrouwelijke patiënten uit de onderzoekpopulatie dan door de mannelijke. Niet meer dan gesuggereerd wordt een verband tussen „meer discrepantie” en een meer inbrengen van problematiek bij de fysiotherapeut en toch een iets minder gewaardeerde coöperatie hetgeen zoals vermeld het resultaat niet beïnvloedde evenmin als de behandelingsduur.

De correlatie-matrix is gevolgd door een orthogonale factoranalyse in de hoop dat daarmee meer inzicht in de afhankelijkheidsstructuur van de totale informatie zou worden verkregen. Uit de kwadraatsom van de eigen waarden van de eerste factoren blijkt dat er geen sprake is van enige „contractie”. De meeste variabelen zijn min of meer uitgesmeerd over een groot aantal factoren, zonder dat zich interpretatiemogelijkheden voordeden die ook al niet in de correlatie matrix waren gegeven. Dientengevolge wordt deze factoranalyse hier verder buiten beschouwing gelaten.

Welke conclusies zijn nu mogelijk? Omdat het voorafgaande voorzover ons bekend de eerste cijfermatige verslaggeving is van de samenwerking

* Drs. M. Wigbout, van de afdeling A.B.W.-T.N.O. in den Haag verzorgde het rekenkundige gedeelte waaronder ook de vervaardiging van een orthogonale factoranalyse.

Tabel 2. Correlatie-matrix. Voor verklaring zie tekst.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1 Huisarts	1																							
2 Beroepsprestige	—	1																						
3 Psycho-sociale problemen gezin ..	—	—	1																					
4 Belangrijke ziekte gezin	—	—	—	1																				
5 Waardering contact huisarts	—	—	—	.28	1																			
6 Geslacht	—	—	—	—	—	1																		
7 Leeftijdsgroep 20 tot 50 jaar	—	—	—	—	—	—	1																	
8 Leeftijdsgroep 50 jaar en ouder ..	—	—	—	.33	—	—	—	1																
9 Werkend of niet	—	—	—	—	—	—	—	—	1															
10 Belangrijke lichamelijke ziekte patiënt	—	—	—	.66	.30	—	—	.34	—	1														
11 Relationele problematiek	—	—	.41	—	—	—	—	—	—	—	1													
12 Werk-ontplooiingsproblematiek ..	—	—	.36	—	—	—	—	—	—	—	—	1												
13 Overige problematiek	—	—	.38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1											
14 Soort aandoening: „hals”	—	—	—	—	—	—	—	.24	—	—	—	—	—	1										
15 Soort aandoening: „rug”	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1									
16 Soort aandoening: „rest”	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1								
17 Discrepantie klachten/afwijkingen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1							
18 Duur behandeling	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1						
19 Resultaat op moment van ontslag	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1					
20 Coöperatie tijdens behandeling ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1				
21 Waardering contact door fysiotherapeut-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1			
22 Inbreng problematiek bij fysiot ..	—	—	.36	—	—	.26	—	—	—	—	.28	—	.30	—	—	—	.36	—	—	.24	.43	1		
23 Voorafgegaane behandeling(en)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

tussen huisarts en fysiotherapeut, zijn deze beperkt tot onze specifieke werksituatie in Ommoord.

Ondanks het feit dat benadering van psychosociale problematiek door de groepspraktijk een centrale plaats wordt gegeven, zijn wij toch getroffen door de grote betekenis welke deze probleemsoort heeft in het dagelijkse werk van de fysiotherapeut. Daarnaast valt op met hoe weinig middelen en apparatuur in korte tijd een goed resultaat van de fysiotherapeutische behandeling tot stand kwam. De vraag naar fysiotherapeutische hulp in de praktijkpopulatie (ongeveer 15 000) is zo groot dat drie fysiotherapeuten van wie twee full-time en een part-time, hun handen letterlijk eraan vol hebben.

Het profiel van de verwezen en behandelde afwijkingen is anders dan werd verwacht. In de eerstelijns gezondheidszorg komen „grote” neurologische ziekten, postoperatieve en posttraumatische behandelingen, zoals de fysiotherapeut in het ziekenhuis verrichtte en die ook het verwachtingspatroon van de huisartsen beïnvloedden, op de zoveelste plaats. Zoals ook de opleiding tot arts weinig aanknopingspunten geeft voor de beoefening van de huisartsgeneeskunde, sluit ook de opleiding tot fysiotherapeut weinig aan op de actuele werksituatie van de fysiotherapeuten in Ommoord.

De kunst een goede gespreksituatie met de patiënten tot stand te brengen, het vermogen om in een heterogeen en weinig hiërarchisch samengesteld team te functioneren, het meedragen van verantwoordelijkheid voor de welzijnszorg in Ommoord als geheel, zoals die onder andere in het zogenaamde functionarissencontact gestalte krijgt, zijn geen vaardigheden die in de opleiding tot fysiotherapeut een duidelijke plaats hebben. De noodzaak om de fysiotherapeut over voldoende relevante informatie betreffende het gezin te laten beschikken, krijgt in deze samenwerkingssituatie extra gestalte. Een goed resultaat van de behandeling blijkt in korte tijd te kunnen worden bereikt; dit hangt niet significant samen met een aantal duidelijk potentieel beïnvloedende factoren zoals het bestaan van problemen, selectie door de huisarts, coöperatie van de patiënt en voorafgegane behandelingen. De correlatie-matrix geeft een hoeveelheid interessante detailinformatie op basis waarvan gericht verder onderzoek kan plaatsvinden, voornamelijk naar de recidiefrequentie van de aandoeningen waarvoor de onderzochte groep door de fysiotherapeut werd behandeld. De fysio-technische applicaties kunnen bij een onderzoek in tweede instantie ook worden geïntroduceerd.

De vele extra tijd welke het samenwerkingsverband kost is voor de fysiotherapeut in het ka-

der van het huidige honoreringssysteem kostbaar in de monetaire zin van het woord. De fysiotherapeut in het Ommoordse team voert frequent op eigen initiatief een nacontrole op zijn behandeling uit, die eveneens ongehonoreerd blijft. Terwijl bovendien in het eerstelijnssteam in Ommoord de behoefte bestaat aan de mogelijkheid van een enkelvoudig diagnostisch consult door de fysiotherapeut, lijkt het ons wenselijk om eventueel op basis van experiment, ruimte te scheppen voor de fysiotherapeut van deze eenmaal voorkomende verrichtingen. Het particuliere ziektekostenverzekeringssysteem staat voor een deel deze vorm van samenwerking ronduit in de weg door het meermalen uitsluiten van fysiotherapie uit het verzekeringspakket, voor zover deze door de huisarts wordt voorgeschreven. Een dergelijke situatie is absurd en behoeft dringend sanering.

Keren wij tenslotte terug naar Hamlet, die in tegenwoordigheid van de geest van zijn vader zegt (I,5): „En gij mijn spieren wordt niet eensklaps oud, maar houdt mij stram rechtop”. Zonder hulp van samenwerkende huisarts en fysiotherapeut kan deze wens niet anders dan onvervuld blijven.

Summary. Collaboration between general practitioner and physiotherapist in the district health care team in Rotterdam/Ommoord. In Rotterdam/Ommoord, there has been a fixed pattern of collaboration between the group practice and the physiotherapist since 1968. Principles and procedures are described. Information has been collected on 121 patients who in 1969 and 1970 were referred to the physiotherapist by two physicians in the group practice. The information includes data on the patients' families, existing somatic and psychosocial problems, type and duration of therapy, therapeutic result, and type of condition treated. Attention is given also to the contact with the patient as subjectively experienced by the family doctor and the physiotherapist; introduction of psychosocial problems during treatment; and the patient's cooperation.

— A good therapeutic result obtained within a short period is conspicuous. The information gathered does not localized an unmistakable influence on the therapeutic result.

— The dependency structure is summarized in a correlation matrix. Tangible relations are described. An outstanding feature is the prominent position of the patient's psychosocial problems in the physiotherapist's daily work. It is concluded that collaboration between general practitioner and physiotherapist should be promoted.

Bakker, F. R. (1971) huisarts en wetenschap 14, 139.

Fysiotherapeutenbesluit (1965) Staatsblad 52, 107.

Gestel, van A. P. M. (1968) Medisch Contact 915.

Gestel, van A. P. M. (1971) huisarts en wetenschap 14, 270

Koekenberg, L. J. L. (1971) huisarts en wetenschap 14, 265

Lamberts, H. en J. H. M. Op 't Root (1970) huisarts en wetenschap 13, 450

Lamberts, H. en J. de Vries (1971) huisarts en wetenschap 14, 373

Leffelaar, E. G. (1968) huisarts en wetenschap 11, 172.

Michels, J. J. M. (1968) huisarts en wetenschap 11, 169.