

Fysiotherapie: vierde in eerstelijns kwartet

Verlag over een jaar fysiotherapie in het wijkgezondheidscentrum Ommoord.

N. T. BUYTEN, R. VAN DER HOOGEN,
A. E. MONTENY EN H. O. IN 't VELD, FYSIOTHERAPEUTEN,
DR. H. LAMBERTS, HUISARTS

Nadat in 1973 de samenwerking huisartsen/fysiotherapeuten werd beschreven (*Riphagen, Buyten en Lamberts*) wordt nu de aandacht gericht op de ontwikkeling van het werk van de fysiotherapeuten in de afgelopen jaren. Onze opvatting is dat fysiotherapie een onmisbare schakel is in de eerstelijns gezondheidszorg. In afwijking van de heersende gedachte dat de kern van de eerstelijns samenwerkingsverbanden uit de driepoot huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen dient te bestaan, menen wij dat de fysiotherapeuten een gelijkwaardige plaats daarin toekomt.

Het kernteam bestond in 1975 uit acht huisartsen, vier fysiotherapeuten en een fysiotherapie-assistente, acht wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgsters, twee maatschappelijk werkers, een agog, twee verloskundigen, een praktijkcoördinator, een assistent praktijkcoördinator, een secretaresse, een praktijkverpleegster, een laborante en vier dokters-assistenten.

In de periode (1975), welke dit onderzoek beslaat, is een communicatie-onderzoek verricht, waaruit blijkt hoe veelvuldig ook de werkcontacten over patiënten tussen de fysiotherapeuten en de vertegenwoordigers van de overige disciplines zijn, zowel in actieve zin (gemiddeld elfmaal daags met het initiatief bij de fysiotherapeuten) als passief (gemiddeld negenmaal daags met het initiatief bij anderen). Deze hoge communicatie-frequentie komt voort uit de manier van werken in het kernteam.

Doelstelling kernteam

Het kernteam heeft als doelstelling: „Het bieden van eerstelijns gezondheidszorg aan mensen en aan de gezinnen waartoe zij behoren, op zodanige wijze, dat zoveel mogelijk de hele leefsituatie aan de orde komt. Daarbij wordt er naar gestreefd de hulpverlening een continu karakter te geven en het integrale aspect ervan in de samenwerkingssituatie daadwerkelijk gestalte te geven. Ondanks de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van het kernteam daarbij blijft de professionele

Afdeling Gezondheidscentrum – Ommoord van de Rotterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst.

verantwoordelijkheid van iedere hulpverlener onverlet”.

Het is duidelijk dat deze nogal algemeen geformuleerde doelstelling zich in het bijzonder richt op het bestaan van leefproblematiek en op de hulpverlening bij probleemgedrag. Ook door de fysiotherapeuten is daaraan, en dan op een meer specifieke wijze, vorm gegeven. Hierbij ligt de nadruk vooral op het bevorderen van de

Part of his art was to know what was required and when. Sometimes his ears told him this, but mostly it was his fingers that seemed to unlock the secret of the man or woman's mind”.

Uit Shogun door James Clavell (1975)

bewustwording bij de patiënt van de koppeling tussen lichamelijke klachten en het bestaan van spanningen en leefproblematiek. Het is onze ervaring dat juist de somatische invalshoek een goede mogelijkheid schept voor deze koppeling.

Uit het onderzoek over 1975 blijkt immers dat bij 68 procent van de door de fysiotherapeuten behandelde patiënten sprake is van het bestaan van probleemgedrag. Hoe moet de fysiotherapeut daarop ingaan? Zijn bijna puur medisch-technische opleiding geeft voldoende mogelijkheden om adequaat te reageren. Er is behoefte aan het verwerven van aanvullende inzichten en vaardigheden. Juist de somatische invalshoek en het in de fysiotherapeutische situatie doorbreken van het

aanrakingstaboe bieden daartoe goede kansen.

De vaardigheid te reflecteren (to counsel) hebben de fysiotherapeuten opgedaan in de samenwerkingssituatie en ook door meer gerichte trainingen in methodieken, zoals deze onlangs in het kader van de humanistische geneeskunde door *Bakker* zijn beschreven. Daarbij treffen wij een aantal mogelijkheden aan, dat in de hulpverlening praktisch toepasbaar is. Dit brengt een andere roloppvatting met zich, zowel voor de hulpverlener als voor de hulpvrager. De hulpverlener zal zich van zijn kant moeten hoeden voor de „navelstrengsituatie” en de hulpvrager heeft recht op een wijze van benadering van zijn problematiek waarbij zijn eigen verantwoordelijkheid daadwerkelijk gestalte krijgt.

Voor het kernteam heeft dit onder meer geleid tot het werken met de zogeheten ontspanningsgroepen. Dit zijn groepen voor mensen met functionele klachten, die deze klachten begrijpen en erkennen als uiting van een gespannen leefwijze en die voldoende gemotiveerd zijn de achtergronden daarvan te achterhalen. In deze groepen helpen de groepsleiders hen bij de bewustwording van de mogelijkheden tot veranderen van het eigen gedrag. Om dit te bereiken wordt gebruik gemaakt van onder meer gesprekken, „encounter”, elementen van de gestalttherapie, non-verbale oefeningen, ontspanningsoefeningen en bio-energetica.

Uit het jaarverslag over 1975 van het kernteam blijkt dat 88 procent van de in de ontspanningsgroepen deelnemende personen een positief oordeel over de deelneming daaraan uitspreekt. Dat er een wijziging is in de manier, waarop de patiënt met zichzelf, zijn omgeving en hulpverleners omgaat – het zogenaamde brede effect – wordt door 73 procent herkend. Tenslotte geeft 55 procent van hen een positief „krap” effect aan. Onder het „krappe” effect wordt verstaan het verbeteren van de oorspronkelijke, zeer omschreven spanningsklacht welke de aanleiding was om aan de groep deel te nemen. Zo is bij iemand met klachten over spanningshoofdpijn, berustend op actuele problematiek in de werksituatie, het verdwijnen van de hoofdpijn een „krap” effect; het gevoel dat hij op een andere manier kan omgaan met mensen en situaties behoort tot het „brede” effect.

Het is duidelijk dat wij het werken met groepen na de koude douche van de evaluatie van probleemgedrag (*Lamberts*), als een hoopgevende ontwikkeling zien. De sterke satisfactie echter welke in beginsel elke nieuwe vorm van hulpverlening ontmoet, maakt ook ons extra kritisch. De

toekomst zal moeten leren in hoeverre onze hooggespannen verwachtingen zijn gerechtvaardigd. Op dit moment is het al moeilijk genoeg inzicht te krijgen in wat zich nu in feite in de individuele hulpverleningssituatie tussen patiënt en fysiotherapeut afspeelt.

Cijfermatige benadering

De doelstelling voor de fysiotherapie is in het voorgaande aan de orde gekomen. Het is natuurlijk niet genoeg een doelstelling te formuleren, het is nodig achteraf aan te geven in welke mate het beloofde land ook is bereikt. Soms is het mogelijk in descriptieve termen aan te geven of het doel geheel of gedeeltelijk is bereikt, meestal is een gekwantificeerde benadering noodzakelijk. Ook in dit geval is gekozen voor een goeddeels op cijfermatige uitkomsten gebaseerde benadering. Later

zullen wij op de betekenis van in beginsel elke evaluatie in de eerstelijns terugkomen.

Totaal aantal patiënten

In 1975 zijn in totaal 852 patiënten naar de afdeling fysiotherapie verwezen. Zij behoorden allen tot de patiëntenpopulatie van de groepspraktijk met acht huisartsen. De orthopedisch chirurg met wie wij samenwerken verwees 67 patiënten; de huisartsen verwezen de overigen. Dit betekent dat, gezien de totale praktijkomvang van ongeveer achttienduizend mensen, bijna 5 procent van de populatie in 1975 fysiotherapie kreeg. De vier fysiotherapeuten behandelden allen praktisch een even groot aantal patiënten, variërend van 23 tot 28 procent van de groep. In tabel 1 vindt men over de samenstelling van de gehele groep (n = 852) een aantal gegevens. In de eerste kolom is de verde-

ling der variabelen in procenten aangegeven. Wanneer er sprake is van belangrijke verschillen in de verdeling per huisarts of per fysiotherapeut, vindt men dat in kolom 2 respectievelijk kolom 3 met een + of - teken aangegeven. Deze verschillen zullen nader in de tekst worden besproken. Het verwijsperscentage loopt voor de verschillende huisartspraktijken flink uiteen (variërend van 3,3 tot 7,2 procent). Dit is een belangrijke waarneming omdat - ondanks de verschillen in de praktijksamenstelling (met name waar het gaat om de leeftijdsopbouw) - er steeds opnieuw sprake blijkt te zijn van een belangrijke „interdoctorvariatie”. Kennelijk lopen ook de verwijsgewoonten der huisartsen belangrijk uiteen.

Het blijkt dat het vooral vrouwen zijn die bij de fysiotherapeut terechtkomen. Dit komt overigens goed overeen met waarnemingen uit ander onderzoek: in de eerstelijns

Tabel 1. Achtergrondgegevens van de behandelde groep (in procenten); zie voor toelichting ook de tekst.

	Totale groep n=852 (1)	Inter- doctor- variatie (2)	Inter- fysiotherapeut- variatie (3)	Mannan 40-60 jaar (n=135) (4)	Vrouwen 40-60 jaar (n=184) (5)	Geen probleem- gedrag (n=266) (6)	
Procentuele verwijzingen naar fysiotherapeut	4,8	+	-				
Man	38	-	-			42	
Vrouw	62	-	-			58	
0-17 jaar	7	}	}			15	
18-29 jaar	10					9	
30-39 jaar	17					11	
40-59 jaar	36					22	
60+	30					44	
Werkend	40	}	}	88	36	32	
Niet werkend	56				3	59	65
WAO	4				9	5	3
11-12 behandelingen	56	}	}	53	44	62	
13-24 behandelingen	35				36	44	29
25 of meer	9				12	12	9
Binnen 1 maand	15	}	}	18	9	18	
1-3 maanden	47				40	46	48
3 maanden of meer	38				42	45	34
Massage-oefentherapie	65	}	}	64	58	70	
Alleen fysiotherapie	1				-	2	2
Massage/oef. + fysiotherapie	34				36	40	28
Geen problemen	32	}	}	22	16	-	
Huisarts niet, fysiotherapeut wel	33				36	42	-
Huisarts wel, fysiotherapeut wel	35				41	42	-
Huisarts wel, fysiotherapeut niet	0,1				-	-	-
Lichamelijke klachten verbeterd	47	}	}	42	40	84	
Lichamelijke klachten verbeterd en meer inzicht in eigen functioneren	31				32	39	4
Afbreken zonder opgaaf redenen	6				9	5	3
Afbreken met opgaaf redenen	7				7	7	5
Onbevredigend resultaat	8				9	7	3
Overleden	0,5				-	1,3	1
Recidief zelfde klacht (1/2 jaar) + recidief met symptoomverschuiving	7	-	-	5	11	6	

gezondheidszorg is het vooral de vrouw die veel „consumeert”. Uit de leeftijdsverdeling blijkt dat er een duidelijke oververtegenwoordiging is van de groep 40 – 60 jaar en een ondervertegenwoordiging van de groepen van 0 – 17 en van 18 – 29 jaar. Het steekproefonderzoek dat in 1976 door de groepspraktijk in de praktijkpopulatie is verricht geeft de in *tabel 2* weergegeven leeftijdsverdeling.

Het blijkt dat ruim 40 procent van de verwezen patiënten actief in de arbeidsproces is opgenomen. Kolommen 4 en 5 van *tabel 1* (mannen respectievelijk vrouwen van 40 – 60 jaar) tonen duidelijk, dat vooral de vrouwen een belangrijk percentage van de niet-werkenden vormen. Gezien de belangstelling voor de problematiek rondom de W.A.O. is de groep mensen, die gedurende 1975 in de W.A.O. was of kwam afzonderlijk opgegeven. Het blijkt dat voor de groep mannen van 40 – 60 jaar (kolom 4) 9,3 procent een W.A.O.-uitkering ontving. Wanneer wij dit vergelijken met de landelijke gegevens dan komen wij tot de conclusie dat Ommoord wat dit betreft aan de lage kant lijkt te zitten.

Behandelingsfrequentie en duur

Het aantal behandelingen is naar onze mening nogal beperkt gebleven. Het blijkt dat 56 procent van de behandelde groep met twaalf of minder behandelingen toekomt. Het aantal mensen dat een tweede „verlenging” nodig had bedroeg slechts 9 procent. De behandelingsduur is met deze uitkomst in overeenstemming. Van de behandelde groep beëindigt 62 procent binnen drie maanden de relatie met de fysiotherapeut. In welke mate onze uitkomsten afwijken van die van de situatie in de solorpraktijk is onbekend. Ook de Rotterdamse ziekenfondsen konden ons niet aan vergelijkingsmateriaal helpen.

De eerste variabele, welke een belangrijke „interfysiotherapeutvariatie” laat zien, heeft te maken met de aard van de behandeling. Bij 65 procent van de groep vond slechts massage en oefentherapie plaats, bij 1% alleen fysiotherapie en bij 34 procent massage-oefentherapie en fysiotherapie. Een van de fysiotherapeuten is, formeel gesproken, heilgymnast/masseur. Opmerkelijk is, ondanks het feit dat hij nimmer van fysiotherapeutische applicaties gebruik maakt, dat noch de behandelingsduur, noch de behandelingsfrequentie, noch de verdeling van de redenen tot beëindiging, essentiële verschillen voor de vier fysiotherapeuten laten zien (zoals later zal blijken is ook de diagnoseverdeling geen verklaringbron).

Alvorens hierop nader in te gaan is het

nodig de invloed van het zogenaamde probleemgedrag te introduceren. De begrippen ziekte- en probleemgedrag zijn door ons meermalen beschreven (*Lamberts*). Onder probleemgedrag wordt verstaan dat gedrag van de patiënt en van de hulpverlener, waarbij het voor beiden expliciet duidelijk is dat er over leefproblemen van de patiënt wordt gesproken.

Uit *tabel 1* blijkt dat bij 68 procent van de groep sprake is van probleemgedrag. Dit is duidelijk een veel hoger percentage dan wij kennen uit het werk van de huisarts. Daar immers blijkt ongeveer 18 procent van de gehele populatie op jaarbasis tot expliciet probleemgedrag te komen. Ook wanneer dit percentage wordt gecorrigeerd voor de groep mensen, die in een bepaald jaar geen enkel beroep doen op hulp van de huisarts, dan nog komen wij niet hoger uit dan een percentage van mensen met probleemgedrag van ongeveer 24 procent.

Het reeds eerder genoemde steekproefonderzoek leidt voor 1975/1976 tot het percentage probleemgedrag van opnieuw 18 procent voor de gehele populatie en van 24,6 procent voor de groep mensen, die tenminste één contact met de huisarts in het beschouwde jaar had. Het zijn niet alleen de fysiotherapeut en de huisarts, die menen dat mensen hulp bij leefproblematiek van node hebben. Uit een „Wachtkameronderzoek” in augustus 1976 blijkt dat een groot aantal mensen zich zeer bewust tot de huisarts respectievelijk de fysiotherapeut wendt om hulp bij deze problematiek. Van 56 patiënten, die bij de fysiotherapeut onder behandeling waren, gaf desgevraagd in de wachtkamer (vóór de behandeling) 42 procent aan met een „puur” lichamenlijk probleem te komen, 8 procent met een „puur” leefprobleem en 50 procent met zowel een lichamenlijk- als een leefprobleem. Deze getallen komen goed overeen met het oordeel van de fysiotherapeuten dat bij 68 procent van de patiënten sprake van probleemgedrag zou zijn.

Relatie patiënt en fysiotherapeut

Uit de ondervinding in *tabel 1* is te zien dat de huisarts bij ongeveer de helft van de mensen met probleemgedrag bij de fysiotherapeut, het bestaan van leefproblematiek in de verwijsbrief reeds had aangegeven. Bij de andere helft werd het bestaan van problematiek voor het eerst duidelijk in de relatie tussen patiënt en fysiotherapeut. Dit komt enerzijds voort uit de mogelijkheden welke de fysiotherapie-situatie biedt (een relatief langdurig behandeling, naast het lichamenlijk contact), anderzijds

Tabel 2. Leeftijdsverdeling van vrouwelijke patiënten in huisartspraktijk en verwijzing naar fysiotherapeut (in procenten)

Leeftijd in jaren	Totale populatie huisartsen (n=17.800)	Fysiotherapeuten-groep (n=852)
0 - 17	26	7
18 - 29	19	10
30 - 39	14	17
40 - 59	24	36
60+	16	30

Tabel 3. Voor verklaring zie tekst.

	Percentage passief van alle aangeboden problemen	Aantal problemen per patiënt met probleemgedrag
Fysiotherapeut A	21	1,0
Fysiotherapeut B	58	1,6
Fysiotherapeut C	22	1,6
Fysiotherapeut D	43	1,5

uit de omliggende hulpverleningsstrategie van het kernteam, waarop de gespreksmatige benadering en de verdere behandeling zijn geënt.

Het is opmerkelijk dat de interdoctorvariatie bij het aangeven van probleemgedrag erg groot is. De mate, waarin de huisartsen op het moment van verwijzing op de hoogte zijn van het bestaan van problematiek en dit ook in de verwijzing aan de orde brengen, varieert met een factor van ruim drie. (van 15 tot 50 procent van de verwezen patiënten per praktijk). Even opmerkelijk is het dat dit verschil geen invloed lijkt te hebben op de behandelingsduur, op het behandelingsaantal, op de reden voor beëindiging noch op het totale aantal mensen met probleemgedrag (per praktijk). Het komt erop neer dat het er in onze situatie kennelijk weinig toe doet of de huisarts bij de verwijzing van het bestaan van problematiek op de hoogte is. De fysiotherapeut haalt het er duidelijk zelf vaak uit; gevolgen voor de aard noch voor de uitkomsten der behandeling heeft het niet. Dit is een belangrijke steun voor onze opvatting dat de fysiotherapeut niet alleen een belangrijke functie heeft bij de hulpverlening van mensen met klachten van hun bewegingsapparaat maar ook een sleutelpositie kan innemen wanneer men probleemgedrag wil onderscheiden van ziektegedrag en wanneer men wil komen tot het ontwikkelen van een relevante hulpverleningsstrategie voor mensen met leefproblemen. Evenzeer is het opmerkelijk dat er, wat het al dan niet signaleren van leefproblematiek betreft, tussen de fysiotherapeuten geen belangrijke verschillen optreden.

Reden tot beëindiging

De reden tot beëindiging van de fysiotherapie laat geen belangrijke interdoctorvariëte zien doch wel een forse variëte tussen de fysiotherapeuten onderling. Alvo-rens dit te bespreken dient te worden aan-gegeven wat het verschil is tussen een beëindiging van de behandeling doordat de nadruk op lichamelijke klachten is ver-dwenen en het feit of er naast het verdwij-nen van de lichamelijke klachten ook in-zicht is verkregen in het eigen functione-ren. Het is in onze ogen vaak onvoldoende wanneer de fysiotherapie slechts leidt tot het verdwijnen van de lichamelijke klacht. Dit is begrijpelijk wanneer men zich reali-seert in welk een groot deel van de geval-len er sprake is van het bestaan van leef-problematiek, welke tot het klagen aanlei-ding gaf. Het is van belang de patiënt te helpen zodanig met zijn leefproblemen om te gaan, dat het lichamelijke symptoom daarvan (de spanningsklacht) niet meer op de voorgrond staat. Daarbij is de mate van bespreekbaarheid op voorhand een subjectieve informatie. De grote interfysio-therapeutvariëte, bij de beëindigingsre-den is goeddeels te verklaren uit de ver-schillen in de door de fysiotherapeuten gehanteerde criteria omtrent hetgeen ier-der van hen onder bespreekbaarheid ver-stond. Wat de bespreekbaarheid betreft komen fysiotherapeuten A en C enerzijds en B en D anderzijds het meest met elkaar overeen.

Passief en actief probleemgedrag

Van de 816 besproken problemen zijn er 317 (39 procent) naar het oordeel van de fysiotherapeuten onbespreekbaar in die

zin, dat, in hun ogen, de patiënt er onvol-doende mee doet en het probleemgedrag passief van aard blijft. Dit oordeel varieert van fysiotherapeut tot fysiotherapeut dui-delijk (tabel 3). De fysiotherapeuten B en D komen in hun oordeel sterk overeen, evenals A en C. Dit is voornamelijk te ver-klaren uit de door hen gehanteerde criteria over wat in hun ogen actief probleemge-drag is. A en C hanteren actief probleem-gedrag als er inzicht is in de koppeling van somatische klachten en de bestaande leefproblematiek los van de vraag of er van merkbare gedragsverandering sprake is, terwijl B en D pas van actief probleem-gedrag spreken als er naast deze koppe-ling ook sprake is van een merkbare ver-andering in gedrag. Het aantal besproken problemen per geval (diversiteit gemid-deld 1,4 per patiënt met probleemgedrag) varieert weinig, met uitzondering van fy-siotherapeut A (tabel 3).

Diagnoseverdeling en probleemsoorten

Vervolgens wordt in tabel 4 en 5 aandacht geschonken aan de verdeling van de diagnosen respectievelijk van de pro-bleemsoorten. Het blijkt dat de nek- en lage rugklachten (al dan niet in de uitgesproken „organisch” aandoende vorm zoals het cervicaal syndroom en de „low back pain”, waarbij duidelijke uitstra-tingsverschijnselen, respectievelijk om-schreven röntgenologische afwijkingen bestaan tezamen 60 procent van de be-handelde klachten uitmaken, waarvan 41 procent vooral als spanningsklachten is opgevat. Het totaal aantal diagnosen is groter dan 852 door een aantal gevallen met meer dan één klacht. Er blijkt geen belangrijke interdoctorvariëte te zijn in de

diagnoseverdeling per huisartspraktijk. De fysiotherapeuten echter geven wisse-lend wat meer nadruk aan de diagnose cervicaal syndroom versus spanningsnek en aan het al dan niet bestaan van hou-dingsafwijkingen.

Bij de verdeling der probleemsoorten (ta-bel/5) komt de grote betekenis van de rela-tionele en de werkproblematiek naar vo-ren. Het blijkt dat vooral de relatieproble-matiek in de ogen van de fysiotherapeuten nogal eens tot passief probleemgedrag aanleiding geeft. Het is opmerkelijk dat de grote interdoctorvariëte bij het op voor-hand aanmelden van probleemgedrag geen gevolgen heeft voor de verdeling van de probleemsoorten per huisartspraktijk. De verschillen tussen de fysiotherapeuten onderling hebben betrekking op werkpro-blematiek en op de relatieproblemen met de partner en tussen ouders en kinderen. Met het voorgaande is een nogal globaal inzicht verkregen in de aard van de klach-ten en de problematiek, in de behande-lingsduur en -vorm en in de beëindi-gingsredenen. Het aantal recidieven binnen een halfjaar na beëindiging van de fysio-therapie (tabel 1) is tenslotte laag te noe-men (gemiddeld 7 procent). Bij de helft is daarbij van symptoomverschuiving sprake.

De Subgroepen

Om een aantal meer toegespitste vragen te beantwoorden is een aantal subgroepen onder de loep genomen.

De vragen waren:

- onderscheidt de groep mensen zonder probleemgedrag zich van de gehele groep?;
- heeft de groep 40-60-jarigen, mannen

Tabel 4. Somatische diagnosen (in procenten).

Diagnose	Totale groep (n=852) 994 diagnosen	Inter- doctor- variëte	Inter- fysiotherapeut- variëte	Mannen 40-60 jaar n=135 148 diagnosen	Vrouwen 40-60 jaar n=184 227 diagnosen	Geen probleemgedrag n=266 291 diagnosen
1 Spanningsnek	21	-	+	26	31	1
2 Cervicaal syndroom	8	-	+	6	9	12
3 Spanningsrug	20	-		23	25	3
4 „Low back pain”	11	-		11	9	23
5 Epicondylitis	2	-		3	3	1
6 Tendinitiden	2	-		-	1	3
7 Periarthritis humeroscapularis	5	-		7	5	7
8 Perifere arthrose	4	-		2	3	8
9 Reumatoïde artritis	1	-		-	1	2
10 Houdingsafwijkingen	11	-	+	5	6	7
11 Andere misvormingen	2	-		3	-	4
12 Posttraumatische afwijkingen	4	-		3	2	11
13 Postoperatieve afwijkingen	2	-		5	1	6
14 Vaatafwijkingen	1	-		1	1	2
15 Neurologische afwijkingen	4	-		3	3	6
16 CARA/respiratoire afwijkingen	3	-		1	1	5

Tabel 5. Probleemgedrag (in procenten).

Probleemsoort	Totale groep (n=852) 816 problemen				Mannen 40-60 jaar n=135		Vrouwen 40-60 jaar n=184	
	499 Actief probleem- gedrag (1)	317 Passief probleem- gedrag (2)	Inter- doctor- variatie (3)	Inter- fysio- therapeut- variatie (4)	actief (5)	passief	actief (6)	passief
1 Partnerrelatie	16	10	-	+	11	8	20	11
2 Seksualiteit	1	0,2	-		3	-	1	-
3 Kind/ouderrelatie	11	7	-	+	3	5	13	9
4 Relatie huisgenoten	1	0,5	-		-	1	1	-
5 Familie	2	1	-		1	1	2	1
6 Vrienden/kennissen	1	-	-		-	-	2	1
7 Relatie tot zichzelf	10	10	-		6	10	8	8
8 Arbeid	13	4	-	+	29	14	9	3
9 School	0,5	-	-		-	-	-	-
10 Vrije tijd	1	1	-		1	2	2	2
11 Vorming/opleiding	0,2	-	-		1	2	-	-
12 Collegae	1	1	-		3	2	-	-
13 Buren/buurt	0,4	1	-		-	-	1	1
14 Maatschappelijke organisatie	1	0,4	-		1	-	-	-
15 Inkomen	0,2	-	-		-	-	-	-
16 Huisvesting	1	1	-		1	-	2	-
17 Gezondheid	1	2	-		2	3	1	1
18 Crisissituatie	0,4	0,4	-		-	-	-	-

en vrouwen afzonderlijk, een afwijkend patroon waar het de fysiotherapie betreft? Daartoe zijn drie subgroepen gevormd, mannen respectievelijk vrouwen van 40 – 60 jaar en mensen zonder probleemgedrag. De percentages voor deze groepen zijn weergegeven in respectievelijk de 4e en 5e kolom in tabel 1 en de 5e en 6e kolom van tabel 5.

De groep mannen van 40 – 60 jaar laat uiteraard een relatief hoog percentage werkenden zien. Het percentage mannen in de W.A.O. komt daarmee overeen. Aard en duur der behandeling en de beëindigingsredenen laten afwijkingen van het totale patroon zien. Het lijkt erop alsof er zich in deze groep iets meer probleemgedrag voordoet, waarbij de nadruk duidelijk op de werkproblematiek valt. De diagnosesverdeling laat geen grote afwijkingen zien. De groep vrouwen van 40 – 60 jaar omvat – gezien de huidige maatschappelijke situatie – uiteraard een groot aantal niet-werkenden. Behandelingsduur en – frequentie wijken naar boven af van het algemeen patroon. De beëindigingsredenen zijn dezelfde als voor de hele groep. Het blijkt dat in deze groep relatief veel leefproblematiek aan de orde kwam. De nadruk bij vrouwen valt meer dan dat dit bij de mannen het geval is op de relationele problematiek. De nekkachten komen wat vaker voor doch over de hele linie is de diagnoseverdeling goed te vergelijken met die van de gehele groep. Opvallend is nog de hoge recidieffrequentie (11 procent). De groep zonder probleemgedrag tenslotte laat relatief veel jongere en oudere

mensen zien. De leeftijdsgroep van 40 – 60 jaar combineert kennelijk het hebben van klachten van het bewegingsapparaat vaker met probleemgedrag. Noch de behandelingsduur en -frequentie, noch de aard van de behandeling en de beëindigingsredenen (exclusief uiteraard het verbeterde inzicht in het eigen functioneren) verschillen belangrijk van die van de gehele groep. Bij de diagnoseverdeling valt het op dat de spanningsnek en de spanningsrug goeddeels ontbreken, terwijl de meer „organisch” gefundeerde nek- en vooral rugklachten op de voorgrond treden. Datzelfde geldt voor de posttraumatische en postoperatieve afwijkingen, de CARA-klachten en de perifere arthrose.

Verwijzingen

In totaal vond 140 keer (16%) een verwijzing door de fysiotherapeut plaats. De vraag hoe vaak de verwijzing ook lukt komt hier niet aan de orde. De verdeling van de verwijzingen is als volgt (absoluut):
 Maatschappelijk werkers: 29
 Afdeling sociale psychiatrie en geestelijke hygiëne (S.P.G.H.): 6
 Ontspanningsgroepen: 57
 Röntgenafdeling of een specialist (via de huisarts): 29
 Overigen: 19
 De drie „oudste” fysiotherapeuten hebben een sterk op elkaar gelijkend verwijzingspatroon. De „jongste”, die pas in april 1975 is begonnen verwijst duidelijk minder naar de maatschappelijk werker, naar de S.P.G.H. en naar de groepen. De vanuit de

opleiding als veel „gewoner” ervaren verwijzingen via de huisarts naar een specialist of naar een röntgenafdeling voor een noodzakelijk geachte foto lijden in dit geval niet onder de aanpassingsfase.

Het grote aantal verwijzingen naar de ontspanningsgroepen past goed in de werkwijze. Immers, juist in deze groepen komt de koppeling tussen lichamelijke klachten en het bestaan van spanningen naar voren, terwijl de benadering ervan is geënt op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt om zijn gedrag te veranderen. Verder blijkt dat het merendeel van de verwijzingen op wijkniveau plaatsvindt en er slechts een gering aantal verwijzingen vanuit de fysiotherapie naar de tweede lijn gaat, waarvan een aantal als consultatie moet worden gezien.

Uit het onderzoek bij de 40- tot 60- jarigen komt een duidelijk verschil naar voren voor wat betreft verwijzingen naar de ontspanningsgroepen en het maatschappelijk werk. In deze leeftijdsgroep was voor mannen het percentage verwijzingen naar maatschappelijk werk 0,7 en naar de ontspanningsgroep 8,5; voor vrouwen in deze groep waren de percentages respectievelijk 4,3 en 9,7. Dit komt overeen met de gegevens van het maatschappelijk werk, waarbij een sterke ondervertegenwoordiging van mannen tussen 40 en 60 jaar te zien is. Tot zover de beschrijving van het cijfermateriaal.

Discussie

Op grond van deze cijfers blijkt een aantal doelen goed te zijn benaderd. In welke

mate kan er in dit geval ook van een „effectmeting” worden gesproken? Het woord „effectmeting” geeft nogal eens aanleiding tot misverstanden. Wij bedoelen met „effect” de mate waarin aan een tevoren omschreven doelstelling tegevoet is gekomen. Soms lijkt het erop alsof het woord „effect” alleen maar te maken kan hebben met een verbetering in de gezondheidstoestand van de patiënt of van de nederlandse bevolking. Reeds eerder is erop gewezen dat een dergelijke benadering van het begrip „effect” weinig zinvol is. Er is immers in Nederland over de gewenste inhoud van de eerstelijns gezondheidszorg beslist geen overeenstemming. Jammer genoeg is het niet mogelijk om exact aan te geven waarover nu precies van mening wordt verschild. Het is daarom erg nodig dat er een goed doelstellingsonderzoek wordt verricht. Indertijd heeft Lamberts erop gewezen dat aan een algemene doelstelling, zoals voor het kernteam in Ommoord is geformuleerd, een groot aantal sub-doelstellingen is te onderscheiden. Het is bijvoorbeeld mogelijk te streven naar deprofessionalisering, naar ontmedicalisering, naar het afgrenzen van probleemgedrag van ziektegedrag, naar het werken met groepen, enzovoort. Het gaat dan steeds om een subdoelstelling, welke in de gehele taakopvatting van het kernteam past doch daarin een min of meer zelfstandige plaats inneemt. Dit heeft duidelijke gevolgen voor de evaluatie. Het is immers mogelijk te meten in hoeverre het, met de subdoelstelling gegeven gewenste effect, ook werkelijk is bereikt.

Met deze benadering wordt in beginsel een tweetal mogelijkheden gegeven om op een wat meer gerichte manier in Nederland onderzoek in de eerstelijns gezondheidszorg te verrichten. In de eerste plaats is het mogelijk na een doelstellingsanalyse een discussie te voeren, welke zich vooral richt op de ideële respectievelijk politieke beginselen. Los van de vraag of er bijvoorbeeld een kostenvermeerdering of -vermindering mee in het geding is, kan men zich een oordeel vormen over wenselijkheden, zoals deprofessionalisering of verschuiving van de tweede naar de eerste lijn.

In een tweede benadering kan men, wanneer er overeenstemming is bereikt over het nut van een sub-doelstelling, nagaan in welke mate dat sub-doel wordt bereikt. Een goed voorbeeld hiervan is het reeds eerder genoemde communicatieonderzoek. Vrij algemeen wordt gesteld dat een meer intensieve communicatie tussen hulpverleners in de eerste lijn nuttig en noodzakelijk is. Wanneer men deze uitgangsstelling accepteert vormen de uit-

komsten van ons communicatieonderzoek een goede basis voor een vergelijkend onderzoek. Men dient er dan voor te waken niet in een soort pars-pro-toto-redenering de uitkomsten van een effectmeting van een onderdeel gelijk te stellen met het al dan niet bereiken van een meer in algemene termen gesteld doel. Op deze wijze wordt het voor de solo-werker overzichtelijker en relatief eenvoudiger ook een gedeelte van zijn handelen te kwantificeren en te omschrijven in de vorm van een doelstellingsanalyse. Soortgelijke overwegingen zijn belangrijk wanneer men zich een oordeel wil vormen over de rol en de betekenis van de fysiotherapie in de eerste lijn.

De uitkomsten van ons onderzoek bevestigen in onze ogen de juistheid van onze uitgangsstelling: de fysiotherapeut verdient een volwaardige plaats in de eerstelijns gezondheidszorg. Maar uit het voorgaande mag blijken dat deze plaats in Ommoord niet zonder meer gelijk te stellen is aan de plaats van een fysiotherapeut in andere samenwerkingsverbanden. Immers, juist de wens om ziekte- en probleemgedrag expliciet van elkaar te onderscheiden en daaruit in de hulpverlening zoveel mogelijk de consequenties te trekken, wordt niet overal zo sterk gekoesterd als in Ommoord. Ook het streven om te proberen de mensen zoveel mogelijk verantwoordelijk te laten zijn voor hun eigen klachten en problemen wordt niet door iedereen toegejuicht. Eerst dient men de doelstellingen van de hulpverlening te formuleren. Past het binnen deze doelstellingen om tot intensieve samenwerking te komen dan is de kans groot dat de fysiotherapeut daar in zijn plaats mag opeisen. Uit de verzamelde informatie blijkt dat de aanzienlijke verschillen in wijze van behandelen en in de wijze van hanteren van probleemgedrag geen grote verschillen meebrengen in behandelingsduur, -frequentie en aantal recidieven. Ook de vergelijking van de groepen 40- tot 60-jarigen (mannen en vrouwen afzonderlijk) en de groep mensen zonder probleemgedrag met de gehele groep geeft geen aanleiding te menen, dat met onze benadering van leefproblematiek een duidelijk aantoonbaar of zelfs specifiek effect wordt gesorteerd. Deze conclusie komt goed overeen met soortgelijke uitkomsten van onderzoek naar het voortbestaan van probleemgedrag gedurende bijna vier jaar en de invloed van de hulpverlening door huisartsen en maatschappelijk werkers daarop.

Ook de eerste indruk over het effect van het werken met de ontspanningsgroepen wijst in dezelfde richting. Enerzijds is er het enthousiasme en de tevredenheid van

hulpverleners en hulpvragers, anderzijds is er de kritische ondertoon en het niet zelden optredende gevoel van teleurstelling wanneer men kijkt naar wat er nu werkelijk door alle inspanning is veranderd. Toch ligt het op onze weg zo door te gaan. In het citaat op de eerste pagina van dit artikel treedt een blinde masseur op die zich tastend een weg in de doolhof der menselijke relaties zoekt. Ook de fysiotherapeut in Ommoord, beschikkend over zijn gezichtsvermogen, heeft niettemin het gevoel dat hij zich tastend een weg moet banen door het moeilijke terrein van de eerstelijns gezondheidszorg. Maar als men tast dan raakt men iemand vaak werkelijk aan. In de directe aanraking tussen mensen schuilt in onze ogen de kracht van de hulpverlening.

Bakker F. R. (1976) huisarts en wetenschap 19, 368.

Kernteam Gezondheidscentrum Ommoord. Jaarverslag 1975, november 1976.

Lamberts H. (1974) huisarts en wetenschap 17, 455.

Lamberts, H. (1975) huisarts en wetenschap 18, 7, 61, 190 en 492

Lamberts H. (1976) huisarts en wetenschap 19, 181.

Riphagen, F. E., N. T. Buyten, H. Lamberts (1973) huisarts en wetenschap 16, 60.

Samenvatting. Een onderzoek naar 852 in 1975 door de fysiotherapeuten behandelde patiënten wordt beschreven. De uitkomsten dienen in de eerste plaats om de opvatting te ondersteunen dat de fysiotherapeut naast de huisarts, de maatschappelijk werker en de wijkverpleegkundige een gelijkwaardige plaats in de eerstelijns samenwerkingsverbanden mag opeisen.

Alle in 1975 naar de afdeling fysiotherapie van het Gezondheidscentrum Ommoord verwezen patiënten zijn in het onderzoek betrokken. De verwijsgewoonten der huisartsen verschillen belangrijk. De interfysiotherapeutvariatie in het gepresenteerde materiaal blijkt opvallend gering te zijn, zeker indien vergeleken met de interhuisartsvariatie welke uit voorafgaand onderzoek is gebleken.

Bij 68 procent van de patiënten is er sprake van probleemgedrag. De betekenis van probleemgedrag voor het handelen van de fysiotherapeuten wordt nader toegelicht. Geen aanwijzingen zijn gevonden dat het al dan niet bestaan van probleemgedrag de behandelingsduur en -frequentie en de recidiefrequentie in positieve dan wel in negatieve zin beïnvloedt.

Het ontbreken van vergelijkingsmateriaal doet zich pijnlijk gevoelen. Daarom kan ook niet op feitelijke gronden worden geconcludeerd of de gemiddelde behande-

lingsduur en -frequentie in Ommoord relatief gering mogen worden genoemd.

Ook in de sfeer van de fysiotherapie – net zoals dat voor de huisartsen en de maatschappelijk werkers geldt – bestaat in Ommoord een grote reserve ten aanzien van de uitkomsten. Besproken wordt op welke wijze de fysiotherapeuten hun plaats hebben bepaald binnen de meer algemene doelstelling van het kernteam en op welke wijze zij aan nieuwe strategieën, (onder andere de ontspanningsgroepen) bij de hulpverlening aan mensen met leefproblemen deelnemen.

Summary. The physiotherapist as fourth partner in the first-line team. A report is presented on 852 patients treated by physiotherapists in 1975. The results are primarily used to support the view that the physiotherapist may claim an equal position in the context of first-line cooperation, alongside the general practitioner, social worker and district nurse.

The study covered all patients referred to the department of physiotherapy of the Ommoord health centre in 1975. Referral habits of the physicians differed substantially. The inter-physiotherapist variation in the material presented is strikingly small, particularly if compared with the inter-physician variation revealed in a previous study.

Problem behaviour was encountered in 68 percent of the patients. The significance of problem behaviour for the physiotherapist's approach is elucidated. No indications were found that presence or absence of problem behaviour exerted a positive or negative influence on frequency and duration of treatment and on the relapse rate.

The lack of comparative material is an evident disadvantage. Consequently it is impossible to conclude on the basis of factual data whether the average duration and frequency of treatment in Ommoord can be described as relatively small.

Like the general practitioners and the social workers, the physiotherapists in Ommoord show considerable reservations with regard to the results obtained. This paper discusses the way in which the physiotherapists have determined their position within the more general objectives of the team, and the way in which they participate in new strategies (e.g. relaxation groups) used in assisting patients general problems of life.

Een trip naar Zuid Limburg

De installatie van de raad en het bestuur van het Medisch Regionaal Centrum Zuid Limburg gaf de auteur de gelegenheid behalve de Staatssecretaris van VOMIL te citeren, tevens een commentaar op deze plechtigheid te geven. De lichtvoetige toon van dit verslag is een integrerend onderdeel van de hierin vervatte boodschap; veranderingen dienen ook eens van die kant te worden gezien.

Een fraaie lentedag en de Bourgondische sfeer van Maastricht vormden de setting voor de officiële instelling van bestuur en raad van het Medisch Regionaal Centrum (M.R.C.) voor Zuid Limburg. Staatssecretaris Hendriks was met een uitgebreid gevolg naar het Zuiden getrokken, klaarblijkelijk niet gestoord door het dreigende politieke conflict boven de grote rivieren. De geografische en culturele positie van Zuid Limburg hebben klaarblijkelijk geen ongeschikte voedingsbodem gevormd voor de ontwikkeling van het M.R.C. Hoewel achter het officiële vertoon ook in Limburg een flinke portie conflicten zal schuilgaan, lijkt het toch of de vijandelijkheden tussen Utrecht en Leidschendam daar veel minder heftig verlopen.

De basisfilosofie van de achtste medische Faculteit te Maastricht sprak zich in 1972 uit voor het primair aanpassen van de doelstellingen van het medisch onderwijs aan de doelstellingen van de gezondheids- en welzijnszorg en in het bijzonder aan de doelen van de eerstelijns gezondheidszorg. Onderwijsprogramma en research zouden zich daaraan moeten aanpassen. Een voorwaarde hiervoor was dat een intensief en niet vrijblijvend overleg tot stand zou komen met de instellingen van – en werkers in – intra- en extramurale gezondheidszorg.

De Structuurnota Gezondheidszorg verscheen en de plannen voor regionalisatie van de gezondheidszorg kregen vastere vorm. Een vijftal proefregio's werd eind 1975 aangewezen. Met de overheidsplannen voor beheersing en herstructurering van de gezondheidszorg zou in de proefregio's worden geëxperimenteerd. Zuid Limburg is één van de proefregio's en speciale aandacht zou ter plaatse moeten worden besteed aan integratie van onderwijs en research in de gezondheidszorg. Ambtenaren van het Stafbureau Beleidsontwikkeling van het ministerie wierpen zich in de intercitytreinen naar Limburg om de niets vermoedende werkers en

de instellingen van het particulier initiatief in de gezondheidszorg in de nieuwe leer te onderwijzen.

Twee en een half jaar geleden werd de stuurgroep M.R.C. in het leven geroepen door de Commissie van Voorbereiding van de Medische Faculteit Maastricht en in een later stadium startte een onderzoek van de Medische Faculteit Maastricht naar de kosten binnen de regionale gezondheidszorg en het voorbereiden van een geïntegreerd regionaal informatiesysteem. Deze stuurgroep kreeg nu een meer formele structuur: een zelfstandige stichting met een Raad waarin zeer brede representatie „uit het veld” aanwezig is, en een bestuur.

Aldus was de eerste regionale nakomeling ter wereld gekomen, weliswaar met nog weinig bevoegdheden en nog minder financiën, maar toch duidelijk een nieuwe instelling. Deze gebeurtenis deed de Staatssecretaris in persoon naar het Zuiden komen om dit eens – en terecht – breed uit te meten. Slechts een paar dagen na de hearings van de kamercommissie van Volksgezondheid over de wetsontwerpen Gezondheidsvoorzieningen en Gezondheidszorgtarieven, kon Hendriks het niet laten in zijn speech zijn plannen met betrekking tot de regionalisatie van de Gezondheidszorg nog eens op een rij te zetten.

Na zijn uiteenzetting, waarvan ik de inhoud zo langzamerhand bij de lezer als bekend veronderstel, ging Hendriks als volgt verder:

„Dames en heren, ik heb wel zeer in het kort enkele hoofdlijnen geschetst van de organisatiestructuur, zoals die zijn neergelegd in het wetsontwerp voorzieningen gezondheidszorg. Het is een raamwerk, dat nog voor een belangrijk gedeelte moet worden ingevuld door de provinciale en gemeentelijke besturen. Van groot belang voor het welslagen van de nieuwe structuren acht ik de bereidheid en de inspanning van de belanghebbenden uit de gezond-