Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen

Een inventariserend onderzoek

DR. H. F. J. M. CREBOLDER*

Het aantal fysiotherapeutische behandelingen in Nederland is het afgelopen decennium explosief toegenomen. Desondanks is nog maar weinig bekend over de redenen voor verwijzing naar de fysiotherapeut, de aard en de duur van de behandeling en de resultaten. In deze bijdrage wordt een beeld geschetst van de huidige stand van zaken. Dat gebeurt aan de hand van de gegevens over 616 patiënten die in 1979 werden behandeld door een viertal vrij gevestigde fysiotherapeuten.

Inleiding

Gedurende het laatste decennium heeft het aantal fysiotherapeutische behandelingen in ons land een explosieve groei doorgemaakt. Uit gegevens van de Stichting Algemeen Ziekenfonds Noord-Limburg (ZNL) blijkt dat in de periode 1970-1979 de kosten voor fysiotherapie met een factor 10 zijn gestegen, terwijl de tarieven met een factor 2 (applicatie) c.q. 2,4 (oefentherapie en massage) zijn toegenomen. Het aantal verrichtingen per verzekerde is dus in die tijd toegenomen met een factor 4 à 5!
Ondanks de grote consumptie van fysiotherapie is nog maar weinig bekend omtrent de redenen voor verwijzing, de aard en de duur van de behandeling en de resultaten daarvan.
De gemiddelde Nederlandse arts weet niet veel van fysiotherapie. In de opleiding wordt er weinig of geen aandacht aan geschonken. Niettemin fungeert hij in ons bestel als opdrachtgever van de fysiotherapeut. Wettelijk kan hij bij het geven van een opdracht kiezen uit drie mogelijkheden:
– een zowel kwalitatieve als kwantitatieve omschrijving van de gevraagde therapie;
– slechts een kwalitatieve omschrijving;
– de aanduiding „fysiotherapie".[1]
Steeds is de arts verantwoordelijk voor de diagnose; bij de eerste twee mogelijkheden is hij tevens verantwoordelijk voor de gekozen behandeling.
Vanuit het wijkgezondheidscentrum Ommoord werd in 1977 een cijfermatig verslag gepubliceerd over één jaar fysiotherapie.[2] Volgens de auteurs ondersteunden de uitkomsten de opvatting dat de fysiotherapeut, naast de huisarts, de maatschappelijk werker en de wijkverpleegkundige, een gelijkwaardige plaats in de eerstelijns samenwerkingsverbanden zou kunnen opeisen. De verwijsgewoonten van de huisartsen bleken belangrijk te verschillen. Onderzocht werd ook in hoeverre „probleemgedrag" de behandelingsduur en -frequentie en de recidieffrequentie beïnvloedde. Noch in positieve, noch in negatieve zin werden aanknopingspunten gevonden voor een relatie tussen probleemgedrag en de genoemde behandelingsvariabelen.

Een eigen onderzoek

Om meer – en ten dele ook vergelijkbare – gegevens ter beschikking te krijgen, werd in 1979 een inventariserend onderzoek verricht in samenwerking met een groep van vier zelfstandig gevestigde fysiotherapeuten. Deze fysiotherapeuten die in dezelfde straat zijn gevestigd als het gezondheidscentrum Withuis, behandelden vrijwel alle patiënten van het gezondheidscentrum die voor fysiotherapeutische hulp verwezen worden, maar ook patiënten uit andere praktijken. Sedert 1977 vinden met enige regelmaat (iedere twee à drie maanden) patiëntenbesprekingen plaats tussen de vier artsen van het Withuis en de vier fysiotherapeuten. Daarnaast zijn er frequente telefonische, schriftelijke en mondelinge contacten.
Ten behoeve van dit inventariserend onderzoek hebben wij ons de volgende vragen gesteld:
- welke mensen komen terecht bij de fysiotherapeut?
- waarom en door wie worden ze verwezen?
- welke behandeling wordt er aangevraagd en toegepast en wat is het resultaat van de behandeling?
- welke verschillen zijn er tussen de patiënten verwezen door huisartsen, en patiënten verwezen door specialisten?
- zijn er verbanden tussen het resultaat van de behandeling, kenmerken van de patiënt en de aard van zijn klacht?

In samenwerking met de fysiotherapeuten is een enquêteformulier ontworpen. Waar mogelijk, werden de indelingen van het Ommoordse onderzoek gevolgd. Afgesproken werd dat de fysiotherapeuten gedurende het gehele jaar 1979 voor iedere nieuwe patiënt een enquêteformulier zouden invullen. Aan het einde van 1979 bleek dat zij in totaal 616 patiënten in behandeling hadden genomen.

De gebruikers

Over de verwezen patiënten dient het volgende vermeld te worden:
- Relatief meer vrouwen (53 procent) dan mannen (47 procent) kwamen bij de fysiotherapeut terecht.
- De groep van 40 jaar en ouder was sterk oververtegenwoordigd, die van 0-19 jaar sterk ondervertegenwoordigd. Dit heeft zonder twijfel te maken met het optreden op latere leeftijd van degeneratieve processen in het bewegingsapparaat.
- Bij de verwezenen in de leeftijd van 30-39 jaar waren tweemaal zoveel mannen als vrouwen. Begint de deelname aan het arbeidsproces zijn tol te eisen?
- Bij de verwezenen in de leeftijd van 50 jaar en ouder treffen we anderhalf maal zoveel vrouwen als mannen. Uit de morbiditeitsgegevens van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut blijkt de incidentie van arthrosis deformans bij vrouwen boven het vijftigste jaar ook anderhalf maal zo hoog.[3] Zijn er constitutionele verschillen die de kwaliteit van het bewegingsapparaat beïnvloeden (denk bijvoorbeeld aan osteoporose)? Of wijst dit gewoon op een sterkere behoefte om lijfelijk te worden aangeraakt?

* Huisarts te Venlo. Medewerking werd verleend door de fysiotherapeuten F. P. C. M. Bergmans, P. J. Janssen, H. W. C. van Haaren en E. G. H. Toebosch-Coenen, door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen) en door de Stichting Ziekenfonds Noord-Limburg (ZNL).

• Het percentage ziekenfondspatiënten was ruim 10 procent hoger dan de verwachte 70 procent. Dit wijst op enige ondervertegenwoordiging van de hogere sociale lagen.

Meer dan de helft van de verwezenen (n = 314) blijkt al eerder een fysiotherapeutische behandeling te hebben ondergaan. Uit *tabel 1* blijkt dat ruim 60 procent van deze groep een behandeling onderging voor dezelfde klachten en eveneens 60 procent was minder dan een jaar tevoren verwezen. Duidelijk is dat de fysiotherapeuten een relatief groot gedeelte van hun krachten en tijd hebben besteed aan patiënten met recidiverende aandoeningen, veelal ouder dan 29 jaar, met een oververtegenwoordiging van mannen van 30-39 jaar en van vrouwen ouder dan 50 jaar.

Redenen voor verwijzing; verwijzers

Redenen voor verwijzing *(tabel 2)*. Net als bij het Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer[4] scoorden de klachten met betrekking tot de nek, de lage rug en de schouders het hoogst; nekklachten en lage rugklachten vormen samen bijna de helft van alle redenen voor verwijzing. Is dat een van de consequenties van de evolutie, die de mensheid ertoe gebracht heeft rechtop door het leven te gaan?
Onder nekklachten wordt begrepen: spanningshoofdpijn, cervicale migraine, nekpijn, hypertone nekspieren en cervicaal syndroom (bij uitstralingsverschijnselen respectievelijk röntgenologische afwijkingen). Tot de lage rugklachten rekenen we: spanningsrug, lumbaal syndroom, lumbalgie, lumbaal arthrosis, ischialgie, radiculopathie en hernia nuclei pulposi. Bij schouderklachten is geen onderscheid gemaakt tussen extrinsieke en intrinsieke schouderklachten;[5] zowel periarthritis humeroscapularis, „last van de schouder" en schouder-handsyndroom zijn in deze categorie ondergebracht.
Bij de verwijzers bleek er ten aanzien van de probleemdefiniëring sprake te zijn van een aanzienlijke mate van vaagheid en vrijblijvendheid. Voor de een staat de hypertonie van de spieren en/of de patiënt op de voorgrond, voor de ander gaat het om „objectieve" criteria als neurologische (uitstraling) of röntgenologisch zichtbare „afwijkingen". Inmiddels weten we dat samenhang tussen röntgenologische afwijkingen en bijvoorbeeld lage rugklachten met grote voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.[6]
De categorie posttraumatisch/postoperatief was in onze onderzoekspopulatie beduidend groter dan in de populatie van Ommoord.[2] De verklaring daarvoor is gelegen in het aandeel van de specialistische verwijzingen: in Ommoord 8 procent, bij ons 34 procent (zie ook tabel 4).
In de groep „overige" zijn onder meer ondergebracht: houdings- en neurologische afwijkingen, CARA en huidaandoeningen.

In *tabel 3* zijn de redenen van verwijzing gerangschikt naar leeftijd en geslacht. Bij jonge mensen (0-39 jaar) troffen we de meeste posttraumatische en postoperatieve klachten aan. De lage rugklachten en nekklachten waren al frequent de reden voor verwijzing bij 20-39-jarigen, maar nog meer bij de 40-59-jarigen. In de oudste leeftijdscategorie stonden de nekklachten nog steeds op de voorgrond, ging het met de lage rug wat beter en werden de schouderklachten en overige arthrosis-verwijzingen prominent.
Geslachtsverschillen hingen vooral samen met de leeftijdsfasen waarin de diverse syndromen aanleiding gaven tot verwijzing. Nekklachten op jongere leeftijd bij vrouwen, rugklachten op jongere leeftijd bij mannen, epicondylitis/tendinitis/bursitis een fase eerder bij vrouwen.

De verwijzers *(tabellen 4 en 5)*. Bijna de helft van de verwijzingen naar de vier fysiotherapeuten kwam voor rekening van de vier artsen van het gezondheidscentrum met een totale praktijk van 10.000 patiënten. De orthopeed en de neuroloog namen gezamenlijk een kwart voor hun rekening.
Bij de berekening van het aantal verwijzingen per Withuis-arts per duizend ingeschrevenen, zijn we ervan uitgegaan dat alle verwezen patiënten inderdaad

Tabel 1. Gegevens over reeds eerder naar een fysiotherapeut verwezen patiënten (n = 314). Percentages.

Aantal malen eerder verwezen	
eenmaal	69
meer dan eenmaal	31
Reden eerdere verwijzing	
zelfde reden	62
andere reden	38
Tijdstip eerdere verwijzing	
minder dan een jaar geleden	61
één à drie jaar geleden	29
meer dan drie jaar geleden	10

Tabel 2. Redenen van verwijzing naar de fysiotherapeut (n = 616) + cijfers Ommoord.[2] Percentages.

Klachten	Venlo	Ommoord
Nekklachten	23	29
Lage rugklachten	24	31
Schouderklachten	10	5[a]
Overige arthrosis	8	4
Posttraumatisch/ postoperatief	16	6
Epicondylitis/ tendinitis/bursitis	5	4
Overige	14	11

[a] alleen periarthritis humeroscapularis.

Tabel 3. Redenen van verwijzing. Percentages per leeftijdsgroep en naar geslacht (M: n = 284; V: n = 320).

Leeftijdsgroepen	Nekklachten		Lage rugklachten		Schouderklachten		Overige arthrosis		Posttraumatisch/ postoperatief		Epicondylitis/ tendinitis/ bursitis	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
0 - 19 jaar	5	7	5	–	5	7	–	–	35	36	–	–
20 - 39 jaar	11	20	33	24	6	5	1	–	32	28	5	12
40 - 59 jaar	29	28	27	34	7	13	3	9	8	4	8	3
60^+ jaar	33	30	9	14	20	13	9	24	4	11	2	2
Totaal	21	26	25	24	9	11	3	11	19	13	5	5

deel uitmaken van de groep van 616 patiënten waarop het onderzoek betrekking heeft. Voor de overige artsen was een dergelijke berekening niet mogelijk omdat we niet op de hoogte zijn van hun verwijzingen naar andere fysiotherapeuten.
Opvallend is de forse variatie per huisarts. Deze kan niet worden toegeschreven aan de opbouw naar leeftijd en geslacht van de praktijk, maar wel in belangrijke mate aan onderlinge verschillen in verwijsgedrag naar orthopeed en neuroloog, zoals bleek uit andere – hier niet weergegeven – bronnen. Deze beide specialisten zijn voor sommige artsen een alternatief voor de fysiotherapeut.
Het gemiddelde aantal verwijzingen per duizend ingeschrevenen komt uit op 32. Ter vergelijking zijn de beschikbare cijfers van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut er bij gezet; het betreft hier de gegevens van een viertal praktijken met een gezamenlijk patiëntenbestand van ongeveer 12.000 personen. Het cijfer voor 1979 is exact gelijk aan het Withuis-gemiddelde. Ook uit de CMR-gegevens komt de explosieve groei van deze gezondheidsvoorziening naar voren. In minder dan tien jaar vond een verdrievoudiging plaats van het aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut. Het verwijscijfer in Ommoord was in 1975 al zeer hoog.

Andere rubriceringen. De fysiotherapeut is in zijn beschrijving en naamgeving in het algemeen preciezer dan de verwijzende arts. Terwijl de arts in zijn verwijsbrief syndromen vermeldt als periarthritis humeroscapularis, „low back pain" en dergelijke, zal de fysiotherapeut ernaar streven een beschrijving te geven van de anatomische en functionele dysfuncties die hij waarneemt. Zo zal hij bij „low back pain" aangeven welke spieren hypertoon zijn, waar de meeste drukpijn is gelokaliseerd en welke functiebeperkingen er zijn. Daarnaast is het juist voor de fysiotherapeut van groot belang zich een oordeel te vormen omtrent andere dan zuiver lichamelijke invalshoeken. De totale persoon en met name de wijze waarop wordt omgegaan met klachten, dient hij in zijn overwegingen en aanpak te betrekken.[7]
We hebben vijf invalshoeken gekozen om de gepresenteerde klacht(en) nader te preciseren: lokalisatie, aard van het proces, fase van het proces, duur van de klachten en tenslotte: kan de aandoening – volgens de fysiotherapeut – geïnterpreteerd worden als overwegend somatisch, overwegend psychosociaal of als een mengvorm van beide.
In het Ommoordse onderzoek is het al

Tabel 4. Het aantal verwijzingen per verwijzer. Percentages (n = 616).

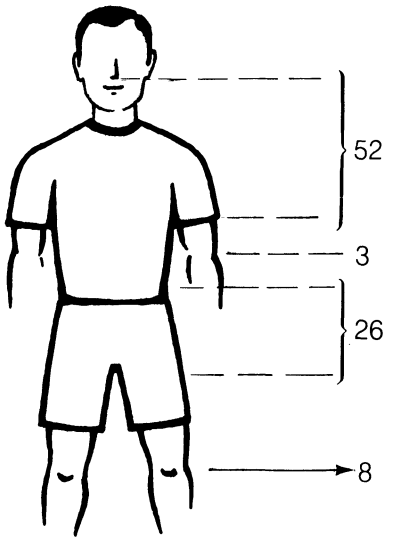
Huisartsen	Percentages	Specialisten	Percentages
Withuis I	11	Orthopeed	16
Withuis II	8	Neuroloog	9
Withuis III	12	Chirurg	2
Withuis IV	15	Longarts	2
		Internist	2
Overige huisartsen	20	Huidarts	2
		Overige	1
Totaal huisartsen	66	Totaal specialisten	34

Tabel 5. Het aantal verwijzingen per duizend ingeschreven patiënten per verwijzer.

Withuis I	22
Withuis II	17
Withuis III	48
Withuis IV	41
Gemiddelde Withuis (1979)	32
Ommoord (1975)	46
CMR Nijmegen	
1971	11
1972	15
1973	15
1974	13
1975	13
1976	17
1977	22
1978	29
1979	32
1980	39

Tabel 6. Andere rubriceringen door de fysiotherapeut. Percentages (n = 616).

Lokalisatie van de klacht		
nek	11	52
nek/schouder/arm/hand	36	
schouder	5	
elleboog	3	
lage rug	12	26
lage rug/been	11	
heup	3	
knie	8	
enkel/voet	3	
longen	3	
overige/onbekend	5	



Duur van de klachten		
tot 2 weken	7	
2 weken - 2 maanden	20	
2 maanden - 2 jaar	39	74
langer dan 2 jaar	35	
Aard van het proces		
ontsteking („-itis")	13	
degeneratief („-osis")	54	
niet van toepassing[a]	33	
Fase van het proces		
acuut	5	
subacuut	17	
chronisch	78	
Somatisch/psychosociaal		
Overwegend somatisch	47	
Mengvorm	46	53[b]
Overwegend psychosociaal	7	

[a] Onder meer: houdingsafwijkingen, neurologische aandoeningen, CARA, huidaandoeningen, posttraumatische en postoperatieve aandoeningen.
[b] Ommoord: probleemgedrag 68 procent.

dan niet bestaan van probleemgedrag genoteerd. Daarbij werd uitgegaan van een expliciete definitie: „Probleemgedrag bestaat pas wanneer het voor hulpvrager en hulpverlener beiden duidelijk is dat er sprake is van een probleem en van gedrag dat voortkomt uit het bestaan van dat probleem".[2,8] Bij ons onderzoek is niet uitgegaan van een dergelijke definitie; het gaat meer om een indruk van de fysiotherapeut, voortvloeiend uit zijn onderzoek en de contacten tijdens de behandeling van de patiënt.

In *tabel 6* zijn de „andere rubriceringen" weergegeven. De lokalisatie spreekt voor zich. Ruim de helft van de klachten werd geplaatst in de schoudergordel en een kwart in de bekkengordel. Daar bevinden zich kennelijk de zwakke en kwetsbare gebieden van het menselijk bewegingsapparaat. De schoudergordel is veel minder hecht verbonden met het skelet dan bijvoorbeeld het heupgewricht, waardoor bij normale en abnormale belasting gemakkelijk pijnklachten kunnen optreden.[9]
Er was overwegend sprake van een chronisch proces (77 procent), dat in driekwart van de gevallen langer duurde dan twee maanden en bij 35 procent zelfs al langer dan twee jaar. Het proces was zeer vaak degeneratief van aard (54 procent).

De behandeling

De *tabellen 7-9* bevatten een aantal gegevens over de behandeling en het aantal contacten met de fysiotherapeut.
In 27 procent van de gevallen was de aard van de aangevraagde behandeling niet gespecificeerd; bij het aantal aangevraagde contacten ontbrak een specificatie in slechts 4 procent van de gevallen. De artsen gaven dus meestal een kwantitatieve omschrijving van de aangevraagde therapie. Voor meer dan de helft van de patiënten werd het gehele therapeutische arsenaal aangevraagd, bij 80 procent werd dit ook toegepast. Achteraf zou het nuttig zijn geweest het oordeel van de fysiotherapeut te vragen over de door de arts voorgestelde therapie. De indruk bestaat dat de fysiotherapeut veelal zijn eigen behandelschema volgt. De aantallen aangevraagde en uitgevoerde contacten lopen niet veel uiteen. Dat was ook niet te verwachten: de fysiotherapeut zal zich in de meeste gevallen beperken tot het aantal verrichtingen waarvoor hij wordt gehonoreerd. Langdurige behandelingen vinden vooral plaats bij nekklachten en een aantal klachten ondergebracht in de groep „overige". De posttraumatische/postoperatieve verwijsindicaties scoren hoog in de reeks kort durende behandeling.
Het resultaat van de behandeling werd beoordeeld aan de hand van vier criteria:
- het oordeel van de patiënt;
- het oordeel van de fysiotherapeut;
- het al dan niet afbreken van de therapie;
- het optreden van een recidief – met of zonder symptoomverschuiving – binnen een half jaar na beëindiging van de behandeling.

Het oordeel van patiënt en fysiotherapeut is genoteerd onmiddellijk na de laatste behandeling. De patiënt gaf zijn oordeel op verzoek van de fysiotherapeut. Daardoor is de betrouwbaarheid maar betrekkelijk: het antwoord van de patiënt is waarschijnlijk te positief gekleurd. De twee laatste criteria geven een veel objectiever beeld.
Het oordeel van zowel de patiënten als de fysiotherapeuten was opvallend gunstig *(tabel 10)*. Ruim 80 procent is er beter aan toe, zij het dat de fysiotherapeuten wat terughoudender waren in hun oordeel. Bij nadere analyse bleken de oordelen van de patiënten en fysiotherapeuten in positieve zin met elkaar te correleren; „klachtenvrij" bij de patiënt valt dus bij de fysiotherapeut in dezelfde categorie of in „veel beter". Het percentage dat de therapie afbrak

Specificatie	Aangevraagd	Toegepast
Geen	27	nvt
Massage/oefentherapie (1)	13	10
Fysiotechniek (2)	6	9
1 + 2	54	79

Tabel 7. Aard van de aangevraagde c.q. toegepaste behandeling. Percentages (n = 616).

Aantal	Aangevraagd	Uitgevoerd	Uitgevoerd in Ommoord
Niet genoemd	4	nvt	nvt
1 - 12	38	43	56
13 - 22	42	39	35
23 of meer	16	18	9

Tabel 8. Aantal aangevraagde c.q. uitgevoerde contacten. Percentages (n = 616). Ter vergelijking cijfers uit Ommoord.

Klachten	Aantal malen		
	1-12	13-22	≥ 23
Nekklachten	37	37	26
Lage rugklachten	46	39	15
Schouderklachten	42	41	17
Overige arthrosis	29	66	5
Posttraumatisch/ postoperatief	54	32	14
Epicondylitis/ tendinitis/bursitis	47	37	16
Overige	39	39	22
Totaal	43	39	17

Tabel 9. Aantal contacten naar reden van verwijzing. Percentages (n = 616).

Resultaten	Oordeel patiënt	Oordeel fysiotherapeut
Klachtenvrij	15	6
Veel beter	46	36
Beter	23	39
Hetzelfde	15	18
Slechter	1	1

Tabel 10. Het resultaat van de behandeling volgens patiënt en fysiotherapeut. Percentages (n = 616).

Tabel 11. Al dan niet afbreken van de therapie. Percentages (n = 616).

Niet afgebroken	71
Afgebroken:	
Klachtenvrij	12
Onvoldoende resultaat	3
Overmacht	6
Onbekend	8

wegens onvoldoende resultaat, bedroeg slechts 3 procent *(tabel 11)*.
Het percentage recidieven binnen een half jaar, met of zonder symptoomverschuiving, bedroeg 12 procent. Als we ook rekening houden met nog niet geregistreerde recividisten die zijn uitgeweken naar andere fysiotherapeuten, is het door ons gevonden cijfer te laag. In vergelijking met Ommoord (7 procent) is het aan de hoge kant, doch dat is te verklaren door een reeds gesignaleerd verschil in samenstelling van de groep verwijzers (tabel 4). En juist bij de patiënten verwezen door een specialist vinden we significant meer recidivisten. Als we aannemen dat het recidiefpercentage in het eerste half jaar na afsluiting van de behandeling geringer zal zijn dan in het tweede half jaar, ondersteunt deze bevinding de gegevens vermeld in tabel 1.
We concluderen dat ongeveer 30 procent van de verwezen patiënten binnen één jaar weer terug is bij de fysiotherapeut! Verderop in dit artikel zullen we trachten enige kenmerken van deze belangrijke groep te omschrijven.

Verschillen

Al eerder werd vermeld dat twee derde van de verwijzingen geschiedde door huisartsen en één derde door specialisten. Beide groepen zullen wel in een aantal opzichten van elkaar verschillen. Zo zullen veel verwijzingen naar de orthopeed en de neuroloog plaatsvinden als een door de huisarts voorgeschreven fysiotherapeutische behandeling niet voldoende resultaat heeft gehad.
Leeftijd en geslacht lieten geen significante verschillen zien. Bij de door de specialisten verwezen patiënten vonden we een hoger percentage recidivisten, zowel vóór als na de behandeling. Niet verwonderlijk is dat posttraumatische/postoperatieve en „overige" aandoeningen een relatief groot deel van de verwijzingen van de specialisten uitmaakten.
Het chronisch karakter van de door de specialisten verwezen patiënten bleek ook uit de langere duur van de klachten (twee maanden tot twee jaar).
De huisartsen specificeerden in veel mindere mate de gewenste behandeling en vroegen veel minder behandelingen aan dan de specialisten. Dit resulteerde in minder contacten en in meer gecombineerde therapieën.
Verschil in tevredenheid ten aanzien van de behandeling werd niet gevonden en evenmin ten aanzien van de categorieën somatisch en psychosociaal.

Behandelingsresultaat, patiëntkenmerken en aard van de klacht

Zijn er verbanden tussen het resultaat van de behandeling, kenmerken van de patiënt en de aard van zijn klacht? Om deze vraag te beantwoorden is gekozen voor twee ingangen: het resultaat van de behandeling volgens de fysiotherapeut en het al dan niet optreden van een recidief binnen een half jaar na de laatste behandeling. Ter wille van de bewerking en leesbaarheid zijn enige reducties aangebracht in het aantal categorieën per variabele.
Uit *tabel 12* mag worden afgeleid dat de kans op resultaat het grootst is bij patiënten die nog niet eerder naar een fysiotherapeut waren verwezen, bij kort durende (twee weken à twee maanden) en derhalve (sub)acute klachten, veelal van ontstekingsachtige aard. Schouderklachten (denk aan periarthritis humeroscapularis), postoperatieve en posttraumatische aandoeningen hadden een relatief gunstige prognose. De resultaten waren relatief ongunstig bij degeneratieve, chronische aandoeningen en bij patiënten wier klachtenpatroon als psychosociaal werd geduid.
Opvallend was dat de leeftijd, het geslacht en het aantal contacten geen aantoonbare invloed hadden op het resultaat volgens de fysiotherapeut en de recidief-frequentie na een half jaar!

Beschouwing

De explosieve groei van het gebruik van fysiotherapie hangt samen met diverse factoren.
Ten dele kan deze groei verklaard worden door de veroudering van de bevolking en daardoor optredende klachten van het bewegingsapparaat. Een veel belangrijker gegeven is de neiging tot een steeds groter gebruik van de beschikbare gezondheidsvoorzieningen. Een derde, daarmee samenhangende factor is het toegenomen aanbod van fysiotherapeuten. Aanbod van voorzieningen creëert automatisch een vraag naar die voorzieningen. Verder zal de groei van het arsenaal fysiotechnische technieken een rol hebben gespeeld.
Bij de opzet en uitwerking van dit onderzoek was de taxonomie het grootste obstakel. Zoals al eerder opgemerkt, was de benoeming van het klachtenpatroon door de artsen bij verwijzing naar de fysiotherapeut veelal vaag en vrijblijvend. Dat is des te verontrustender, als we bedenken dat – althans volgens dit onderzoek – fysiotherapeuten zich in belangrijke mate bezig houden met chronische, degeneratieve aandoeningen met een sterke psychosociale component en derhalve met een hoog percentage recidivisten. Dit is natuurlijk geen geïsoleerde bevinding; hetzelfde geldt voor allerlei andere sectoren van onze gezondheidszorg.
De multicausaliteit zal meestal wel vermoed worden, maar wordt dan niet geëxpliciteerd. Toch zou er bij verwijzingen gepoogd moeten worden niet alleen een klachtdiagnose (bijvoorbeeld rugpijn), syndroom (bijvoorbeeld lumbaal syndroom) of anatomisch gedefinieerde aandoening (bijvoorbeeld arthrosis lumbalis) te vermelden. Wanneer de bekende en veronderstelde etiologische determinanten worden aangegeven, kan getracht worden tot een prognose te komen van déze patiënt.[10]
De mogelijkheid van een fysiotherapeutische behandeling leidt er gemakkelijk toe, dat men klachten eenzijdig op de somatische aspecten beoordeelt en voorbij gaat aan niet-somatische strategieën. Het risico dat men op deze wijze een kringloop in beweging zet of in stand houdt, met als gevolg somatische fixatie, is groot.[11] Veelal immers zal het gaan om klachten en aandoeningen die inherent zijn aan het bestaan.[12]
Iedere keer dat verwijzing wordt overwogen, zou de hulpverlener zich moeten afvragen, in hoeverre hij de patiënt kan stimuleren zijn eigen regeneratieve vermogens te gebruiken en het natuurlijke beloop af te wachten. En als verwijzing naar een fysiotherapeut plaatsvindt, zou de nadruk moeten liggen op (massage en) oefentherapie. Instructie van de patiënt tot zelfzorg en van de partner tot mantelzorg kan worden bevorderd. Het aantal behandelingen kan veel beperkter zijn dan nu vaak het geval is.
Wij vonden geen verband tussen het aantal behandelingen en het resultaat daarvan.
De waarde van vele fysiotherapeutische behandelingen is onduidelijk. Zo werd al eerder waarschijnlijk gemaakt, dat de behandeling van herpes zoster met diadynamische stroom geen versnelling van het genezingsproces bewerkstelligde of postherpetische neuralgie voorkwam.[13] Ook de behandeling van de tenniselleboog met fysiotechniek lijkt niet geïndiceerd.[14] Dit neemt natuurlijk niet weg dat de fysiotherapie een grote aanwinst is, zowel voor de eerste als voor de tweede lijn. Het is echter duidelijk dat met betrekking tot een juiste indicatiestelling – en bijgevolg adequaat gebruik – nog veel onderzoek gewenst is.

Tabel 12. De relatie tussen een aantal patiëntkenmerken enerzijds en anderzijds de verwijzer (huisarts of specialist), het resultaat van de behandeling en recidiveren van de klachten na een half jaar. Percentages.

Kenmerken	Verwijzer		Resultaat behandeling			Recidief na half jaar	
	HA	SP	Klachten-vrij/veel beter	Beter	Hetzelfde/ slechter	Ja	Neen
Al eerder fysiotherapie?							
– ja	48	57	48	51	61	83	48
– neen	52	43[a]	52	49	39[b]	17	52[c]
Reden verwijzing							
– nekklachten	25	20	23	27	20		
– lage rugklachten	26	22	20	25	29		
– schouderklachten	11	7	13	8	7		
– overige arthrosis	8	4	4	11	7	NS	
– posttraumatisch/-operatief	13	21	20	13	14		
– epicondylitis etc.	6	4	5	5	7		
– overige	11	23[c]	16	12	17[a]		
Duur klachten							
– 2 weken	9	3	12	5	1	5	7
– 2 weken - 2 maanden	21	16	26	15	14	11	20
– 2 maanden - 2 jaar	36	45	37	41	38	34	40
– 2 jaar	34	37[d]	25	39	47[c]	51	33[a]
Aard proces							
– ontsteking („-itis")	NS		30	16	8	NS	
– degeneratief („-osis")			70	84	92[c]		
Fase proces							
– acuut	7	3	11	2	1	3	6
– subacuut	20	11	25	14	6	7	19
– chronisch	73	86[d]	64	84	93[c]	90	75[a]
Somatisch/psychosociaal							
– overwegend somatisch			58	44	35	40	50
– mengvorm	NS		39	48	52	49	45
– psychosociaal			3	8	13[c]	11	6[b]
Aangevraagde behandeling							
– geen specificatie	36	10					
– massage/oefentherapie (1)	9	20		NS		NS	
– fysiotechniek (2)	5	9					
– 1 + 2	50	61[c]					
Aantal aangevraagde contacten							
0 - 12	54	14					
13 - 22	34	62		NS		NS	
23	12	24[c]					
Toegepaste behandeling							
– massage/oefentherapie (1)	7	16					
– fysiotechniek (2)	8	11		NS		NS	
– 1 + 2	85	73[d]					
Aantal uitgevoerde contacten							
0 - 12	53	30					
13 - 22	37	44		NS		NS	
23	10	26[c]					
Resultaat behandeling							
– klachtenvrij/veel beter						26	46
– beter	NS					39	39
– hetzelfde/slechter						36	15[c]
Recidief binnen half jaar?							
– ja	9	21	8	13	27		
– neen	91	79[c]	92	87	73[c]		

NS = niet significant. [a] $p < 0{,}05$; [b] $p \leq 0{,}1$; [c] $p \leq 0{,}0001$; [d] $p < 0{,}008$.

Het is onze opvatting dat gestreefd moet worden naar kort durende behandelingen, die aanvangen op een juist tijdstip in het proces, met het doel het vermogen van de patiënt om zelfstandig door te gaan, te bevorderen. Om dit te bereiken is het wenselijk dat veel meer dan tot nu toe, overleg met fysiotherapeuten plaatsvindt. Alvorens te besluiten tot een behandeling, kan de fysiotherapeut om een eenmalig consult verzocht worden. Daarna kan in overleg tussen verwijzer en consulent de aard en de duur van de behandeling worden vastgesteld. De prognose kan worden overwogen. En soms zal men dan besluiten af te zien van fysiotherapeutische behandeling.
Ook in het medisch curriculum van de basisopleiding tot arts en de diverse opleidingen tot specialist en tot huisarts zou de fysiotherapie een veel nadrukkelijker plaats moeten krijgen dan thans het geval is.

Naschrift
Met dank aan H. van de Hoogen, statisticus, Dr. A. Smits, wetenschappelijk medewerker en de student-assistenten C. Berendsen, M. Baggen en I. Corten, allen verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, en aan G. Worm, hoofd van de afdeling fysische therapie van het St. Radboud Ziekenhuis.

Samenvatting. Het aantal fysiotherapeutische behandelingen in Nederland is het afgelopen decennium explosief toegenomen. In dit onderzoek is getracht een beeld te vormen van de huidige stand van zaken. Dat gebeurt met behulp van de gegevens van alle 616 door huisartsen en specialisten verwezen patiënten die in 1979 werden behandeld door een viertal vrij gevestigde fysiotherapeuten. Het onderzoek leidde tot de volgende conclusies:
- *Meer dan de helft van de patiënten was al eens eerder naar de fysiotherapeut verwezen. Er was een sterke oververtegenwoordiging van de leeftijdsklassen ouder dan 40 jaar. Onder de 50 jaar vormden de mannen de meerderheid, boven de 50 jaar de vrouwen.*
- *Nekklachten en lage rugklachten waren tezamen verantwoordelijk voor de helft van de verwijzingen; in 16 procent van de gevallen ging het om posttraumatische of postoperatieve aandoeningen. Twee derde van de patiënten was verwezen door de huisarts, een derde door de specialist. In driekwart van de gevallen hield de behandeling verband met een chronisch proces. Bij meer dan de helft van de patiënten spelen volgens de fysiotherapeuten psychosociale factoren een rol.*
- *Bij bijna 80 procent van de patiënten werd massage, oefentherapie en fysiotechniek toegepast. Eveneens 80 procent zei er na de behandeling beter aan toe te zijn. Het recidiefpercentage bedroeg na een half jaar 12 procent, na een jaar ongeveer 30 procent.*
- *Onder de door de specialisten verwezen patiënten waren de percentages recidieven, chronische aandoeningen en postoperatieve/posttraumatische aandoeningen hoger dan onder de door de huisartsen verwezen patiënten.*
- *De kans op een goed resultaat was het grootst bij patiënten die nog niet eerder waren verwezen, en bij kort durende klachten die samenhingen met een ontsteking. Schouderklachten en postoperatieve en posttraumatische aandoeningen hadden een relatief gunstige prognose, terwijl de resultaten relatief ongunstig waren bij degeneratieve, chronische aandoeningen en bij patiënten wier klachtenpatroon als psychosociaal van aard werd geduid. Leeftijd, geslacht en aantal behandelingen hadden geen aantoonbare invloed op het resultaat.*

Tenslotte wordt gepleit voor korte behandelingen, die aanvangen op een juist tijdstip in het ziekteproces, zodat de zelfstandigheid van de patiënt bevorderd wordt.

Summary. Use and users of physiotherapy.
Physiotherapy has expanded explosively in The Netherlands in the past decade. This study attempts to define the present situation with the aid of data on all 616 patients referred in 1979 by general practitioners and specialists to four physiotherapists in independent practice. The study led to the following conclusions:
- *More than half the patients had a record of previous referral(s) to a physiotherapist. Age groups older than 40 years were decidedly overrepresented. There was a male predominance under, and a female predominance over age 50.*
- *Complaints about the cervical and the low dorsal region accounted jointly for half the referrals; posttraumatic and postoperative conditions were involved in 16 percent. Two-thirds of the patients had been referred by a general practitioner, and one-third by a specialist. A chronic process was involved in 75 percent of the cases. According to the physiotherapists, psychosocial factors played a role in more than 50 percent.*
- *Massage, therapeutic exercises and instrumental physiotherapy were applied in nearly 80 percent of cases; 80 percent of patients reported improvement after therapy. The relapse rate was 12 percent after six months and about 30 percent after a year.*
- *Patients referred by specialists had larger percentages of relapses, chronic complaints and posttraumatic/postoperative conditions than those referred by general practitioners.*
- *The chance of a good result was best in patients not previously referred and in those with a brief history of complaints related to an inflammation. Humeroscapular complaints and posttraumatic/postoperative conditions had a relatively favourable prognosis; results were relatively unfavourable in degenerative, chronic conditions and in patients whose complaints were interpreted as psychosocially determined. Age, sex and number of treatments had no demonstrable effect on the results.*

A plea is made for short treatments started at the right time in the course of the disease process, to enhance the patient's independence.

[1] Gestel APM van. Fysiotherapie in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1971; 14: 270-4.
[2] Buyten NT, Hoogen R van der, Monteny AE, Veld HO in 't, Lamberts H. Fysiotherapie: vierde in eerstelijns kwartet. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 237-43.
[3] Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.
[4] Valkenburg HA. De omvang van reumatische klachten en aandoeningen in een open Nederlandse bevolkingsgroep. In: Korst JK van den, red. De diagnostiek van reumatische aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Arnhem: Ciba-Geigy, 1979.
[5] Cats A. Schouderklachten. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 128-31.
[6] Does E van der. Huisarts en epidemioloog. In: Holland naar de horizon. Utrecht: Nederlandse Huisartsen Instituut, 1979.
[7] Melker RA de. Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut binnen de eerstelijns gezondheidszorg. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1981; 9: 254.
[8] Lamberts H. De wijkgezondheidszorg en het ontstaan van kosten door ziekte- en probleemgedrag. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 56-62.
[9] Prick JJ. Over de cervicale syndromen. Tijdschr Soc Geneeskd 1980: 58: 836-9.

Vervolg literatuur op pag. 62.

[3] Huygen FJA. Huisarts en universiteit. Jaarrede van de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Huisarts en Wetenschap 1962; 5: 353-6.
[4] Huygen FJA. De toekomst van de huisarts in Nederland. Huisarts en Wetenschap 1963; 6: 314-8, 347-53.
[5] Werkgroep Scholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Huisarts en universiteit [Interimrapport]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1968.
[6] Structuurnota Gezondheidszorg. Leidschendam: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974.
[7] Werkgroep Takenpakket van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Hoe helpt de dokter [Interimrapport]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1975.
[8] De functie-omschrijving van de huisarts. Rapport van de Landelijke Vereniging van Huisartsen. Med Contact 1981; 36: 1474-6.
[9] Holten-Vriesema J, Tompot C, Aalderen H van, e.a. Methodisch werken. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 322-35.
[10] Smits A, Eijk J van, Grol R, Huygen F, Mierlo G van, Mokkink H. Preventie van somatische fixatie II. Een theoretisch model en onderzoekgegevens. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 366-9.
[11] Rapport van de Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen. z.p.: SOH, 1975.
[12] Leeuwen Y van. Toetsstenen en struikelblokken. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.
[13] Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.
[14] Mokkink H, Smits A, Grol R. Prevara: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. Ned Tijdschr Psychol 1982; 37: 35-50.
[15] Byrne PS, Long BE. Leren zorgen. De huisarts als opleider. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema, 1975.
[16] Grol R. Een nieuwe taak voor de huisartsopleider. Resultaten van een enquête. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 384-9.
[17] Voort H van der. De invoering van toetsing. Een zaak van moed, beleid en trouw. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 150-8.

Vervolg literatuur p. 48

[10] Wulff HR. Principes van klinisch denken en handelen. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.
[11] Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.
[12] Rens TJG van. Cervicale syndromen. Tijdschr Soc Geneeskd 1980; 58: 830-5.
[13] Ree JW van. Behandeling herpes zoster met diadynamische stroom. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 135-8.
[14] Projectgroep Tilburg. De tenniselleboog. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 300-3.

Levensloopgeneeskunde en de diagnostiek van de huisarts

DR. J. C. VAN ES*

Voordracht gehouden op het zevenentwintigste Wetenschappelijk Congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap, op 12 november 1982 in De Koningshof te Veldhoven.

Inleiding

Het stellen van een diagnose is een bij uitstek medische handeling. Hierin komt de deskundigheid van de arts tot uiting. Een medische diagnose kan alleen door een arts gesteld worden. Aan dit vermogen wordt wel geknabbeld: door fysiotherapeut en psycholoog. Maar toch wordt alleen aan de arts de bevoegdheid toegekend deze handeling te verrichten. Andere professies kennen ook wel enigerlei vorm van diagnostiek; dit is dan echter een analogie van de medische diagnostiek. Het is dus een professionele handeling.
In het medisch onderwijs staat het leren diagnostiseren centraal. Met de kennis die de student in de preklinische vakken verwerft, dient hij uiteindelijk een diagnose te kunnen stellen. In vergelijking met de diagnostiek wordt aan de therapie in de basisopleiding slechts geringe aandacht besteed. Dit wordt hoofdzakelijk aan de beroepsopleiding en de specialistische opleiding overgelaten.
Het ideaal van de geneeskunde is het stellen van een oorzakelijke diagnose. Gehoopt wordt dat men hierop een oorzakelijke behandeling kan laten volgen. Dit is lang niet altijd mogelijk. Dan worden de kanonnen van de research daarop gericht. Als niet dé diagnose gesteld kan worden, is slechts een symptomatische behandeling mogelijk. Ondanks alle tegenslagen wordt in de geneeskunde steeds gehoopt ooit die causale behandeling te kunnen vinden. Zo optimistisch is de geneeskunde nog steeds.

Belang diagnostiek

Het stellen of uitsluiten van een diagnose is om verschillende redenen van belang:

- Uit hetgeen gezegd is, volgt dat de diagnose de grondslag voor de therapie moet vormen. Dat houdt onder andere in, dat het stellen van een diagnose waarvoor geen enkele behandeling mogelijk is, een onaantrekkelijke bezigheid is. In medisch opzicht heeft dit dan ook geen enkele zin.

Wat zien we dan gebeuren? Een arts stelt bij voorkeur die diagnose waarvoor hij wel enige behandeling in huis heeft. Er bestaat daardoor vaak een preoccupatie in de diagnostiek. Aangezien de mogelijkheden per specialisme kunnen wisselen, kunnen bij een patiënt verschillende diagnosen gesteld worden. Als bijvoorbeeld een patiënt met lage rugpijn een neuroloog, een orthopedisch chirurg of een psychiater raadpleegt, zal die klacht van verschillende diagnosen worden voorzien. Dit is niet alleen een gevolg van de beschikbaarheid van uiteenlopende therapeutische mogelijkheden; ook het diagnostisch arsenaal is anders.
Het effect van de gerichtheid en van de onderzoeksmogelijkheden gaat echter verder. Wulff laat in zijn boekje *Rational diagnosis and treatment* zien hoezeer een ziektebeeld verandert door het invoeren van nieuwe diagnostische criteria. Daardoor worden op den duur andere onderscheidingen gemaakt, terwijl de te hanteren kenmerken van een ziekte kunnen veranderen. Het is niet ondenkbaar dat deze van specialisme tot specialisme andere accenten hebben.

- Het stellen van een diagnose is niet alleen van belang voor de vaststelling van de behandeling, maar ook voor de secundaire preventie. Als eenmaal een diagnose is gesteld, kan men trachten

* Oud-hoogleraar huisartsgeneeskunde.