

Fysiotherapie

De fysiotherapeut – veelvuldig vrij gevestigd maar in toenemende mate ook in samenwerking met anderen, met name de huisarts – heeft zich een eigen plaats verworven in de eerste lijn. Het terrein van zorg betreft vooral het bewegingsapparaat. Aan frequent voorkomende aandoeningen als cervicobrachiaal syndroom, ischialgie en frozen shoulder kent de overgrote meerderheid van zowel de fysiotherapeuten als de huisartsen – de belangrijkste verwijzers – fysiotherapie als behandelingsindicatie toe. Ook voor hyperventilatie, spanningshoofdpijn en epicondylitis blijkt er tussen beide groepen hulpverleners een grote, zij het minder uitgesproken overeenstemming te bestaan over de rol van de fysiotherapie als behandelingsmethode.¹

Een groot aantal behandelingen is het gevolg. In 1984 werden per 100 ziekenfondsverzekerden zo'n 200 behandelingscontacten fysiotherapie vastgelegd.²

Welke bijdrage levert dit aan de gezondheidstoestand van de behandelde patiënten?

Een dergelijke vraag is sneller gesteld dan beantwoord. Er bestaat nauwelijks gekwantificeerd onderzoek naar de directe effecten van deze vorm van therapie op patiëntniveau, iets wat overigens geldt voor veel behandelingswijzen van aandoeningen van het bewegingsapparaat, van 'rust' tot het chirurgisch mes toe. Indirecte winst, in termen van uitgespaarde verwijzingen naar de tweede lijn of korter arbeidsverzuim, laat veel ruimte tot hineininterpretieren en leidt evenmin tot een definitieve bewijsvoering.

Ondertussen blijft de grote patiëntenstroom. Uit het schaarse onderzoek vanuit de huisartspraktijk naar de samenwerking met fysiotherapie³ weten we, dat niet zozeer de somatische indicatie – de klacht of de diagnose – bepalend is voor het nut en het succes van de behandeling. Belangrijker is de context van het probleem binnen de leefsituatie van de patiënt: welke bijdrage kan fysiotherapie leveren aan deze klacht op dit moment bij deze patiënt?

De somatische entree en het directe lijfelijke contact tussen patiënt en behandelaar vormen daarbij specifieke, in positieve zin toe te passen aspecten van de therapie. Daarnaast leent de massagetafel zich voor katharsis: dat geldt niet alleen bij hopeloos uit vorm geraakte voetbalprofs, maar ook bij pijnlijk in hun leefsituatie vastgelopen patiënten.

Een en ander impliceert dat de fysiotherapie methodisch moet worden ingepast in het gehele behandelingsplan – een van de weinige mogelijkheden om te waken over een zo geïndiceerd mogelijke hulpverle-

ning. Daarbij is het goed dat de fysiotherapeut zich op dezelfde wijze op zijn bijdrage oriënteert. In de Beroepsomschrijving fysiotherapeut⁴ blijkt dat methodisch werken ook voor deze beroepsgroep de werkwijze vormt: een gerichte intake, een werkplan in samenspraak met de verwezen patiënt en een evaluatie van de behandeling. Vanuit deze benadering van patiënten vindt ook terugrapportage naar de verwijzer plaats.

Met deze gemeenschappelijke werkwijze als basis is een verdere integratie van de eerstelijns hulpverlening mogelijk. De Beroepsomschrijving vormt derhalve een belangrijke ontwikkeling in de incorporatie van deze vierde discipline in het eerstelijnskwartet, en daarmee in de versterking van de eerste lijn.

C. van Weel

¹ Kerksen JJ, Groenewegen PP. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1986.

² Ziekenfondsraad. Jaarverslag 1984.

³ Buyten NT, Van de Hoogen R, Monteny AE, In 't Veld HO, Lamberts H. Fysiotherapie: vierde in eerstelijns kwartet. Huisarts Wet 1977; 20: 237-43.

⁴ Beroepsomschrijving fysiotherapeut. Centraal Bureau Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 1986.