

De betekenis van fysiotherapie bij aandoeningen van het bewegingsapparaat

H. G. L. M. GRUNDMEIJER EN H. J. BROUWER

In dit artikel wordt nagegaan wat de betekenis van de fysiotherapie is voor de Nederlandse huisarts. Hierbij wordt gebruik gemaakt van epidemiologische gegevens uit het Transitieproject en de beschikbare literatuur. Voor een aantal aandoeningen van het bewegingsapparaat is onderzocht hoe vaak deze in de huisartspraktijk voorkomen en welke therapeutische interventies de huisarts toepast. De verwijzing naar de fysiotherapeut blijkt een belangrijk onderdeel van het therapeutisch arsenaal van de huisarts met name bij de multiconditiële aandoeningen (rug-, nek- en schouderklachten), zonder dat helder is met welk doel naar de fysiotherapeut verwezen wordt en wat het (te verwachten) resultaat is van het fysiotherapeutisch handelen. Gepleit wordt voor gemeenschappelijk interventie-onderzoek door huisarts en fysiotherapie samen.

Inleiding

Klachten van het bewegingsapparaat vormen een belangrijk gezondheidsprobleem. Van de *Lisdonk* vroeg patiënten gedurende 28 dagen al hun gezondheidsklachten te noteren; van de 637 geregistreerde klachten bleken er 151 het bewegingsapparaat te betreffen; zij vormden daarmee de grootste groep klachten.¹

Ook in de huisartspraktijk vormen aandoeningen van het bewegingsapparaat de meest prevalentie groep (*figuur 1*). Omtrent hetgeen de huisarts met deze aandoeningen doet, is echter maar weinig onderzoek verricht. Wél is bekend dat de fysiotherapie een belangrijke rol vervult in het therapeutisch arsenaal van de huisarts. In een populatie van 1000 patiënten wordt ongeveer 50 keer per jaar een patiënt naar de fysiotherapeut verwezen,²⁻⁵ zij het dat de incidenties een zeer grote spreiding over de onderzochte praktijken vertonen. Daarmee is de fysiotherapie binnen de eerste lijn veruit de belangrijkste discipline waarnaar wordt verwezen. Het gebruik van de fysiotherapie neemt de laatste jaren bovendien nog in omvang toe: kwam in 1981 6,6 procent van

de Nederlanders in de loop van één jaar in aanraking met de fysiotherapeut, in 1986 was dat percentage gestegen tot 10,5 procent.⁶ En tenslotte is voor de fysiotherapeut de relatie met de huisarts zeer belangrijk: 70 procent van zijn patiënten is naar hem verwezen door de huisarts.⁷

In kwantitatieve zin speelt de fysiotherapie dus een belangrijke rol in het therapeutisch beleid van de huisarts. Welke betekenis de huisarts aan de fysiotherapie hecht, is echter veel minder duidelijk. De communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut is vaak marginaal en wijst niet op een inhoudelijk sterke verwijsrelatie: een adequate verwijsrespondentie, een gemeenschappelijk behandelplan of een zorgvuldige evaluatie zijn eerder uitzondering dan regel. Wanneer verwijst de huisarts eigenlijk welke patiënt en op welke gronden? Gebeurt dat vanuit een rotsvast geloof in de genezende werking van de fysiotherapie of gaat het veeleer om een zwaktebod, een *ultimum refugium*? Of is het een steuntje in de rug van de patiënt op weg naar herstel? En waarop zijn de aanzienlijke verschillen in verwijsgedrag uiteindelijk gebaseerd?

Met dit artikel beogen wij een overzicht te geven van hetgeen er bekend is met betrekking tot de volgende vragen:

- Welke aandoeningen van het bewegingsapparaat worden door de huisarts naar de fysiotherapeut verwezen?
- Hoe verhoudt deze verwijzing zich tot andere vormen van therapeutisch handelen?
- Met welke bedoeling wordt naar de fysiotherapeut verwezen?
- Welk effect valt van de verwijzing naar de fysiotherapeut te verwachten?

Bronnen

Voor dit artikel hebben wij gebruik gemaakt van twee informatiebronnen. De episodegebonden epidemiologische gegevens zijn afkomstig uit het Transitieproject.^{8,9} Op dit moment zijn gege-

vens beschikbaar afkomstig uit 14 huisartspraktijken. In deze praktijken zijn gedurende één jaar met betrekking tot 26.945 patiëntjaren 73.290 episoden en 78.714 patiëntcontacten geregistreerd.

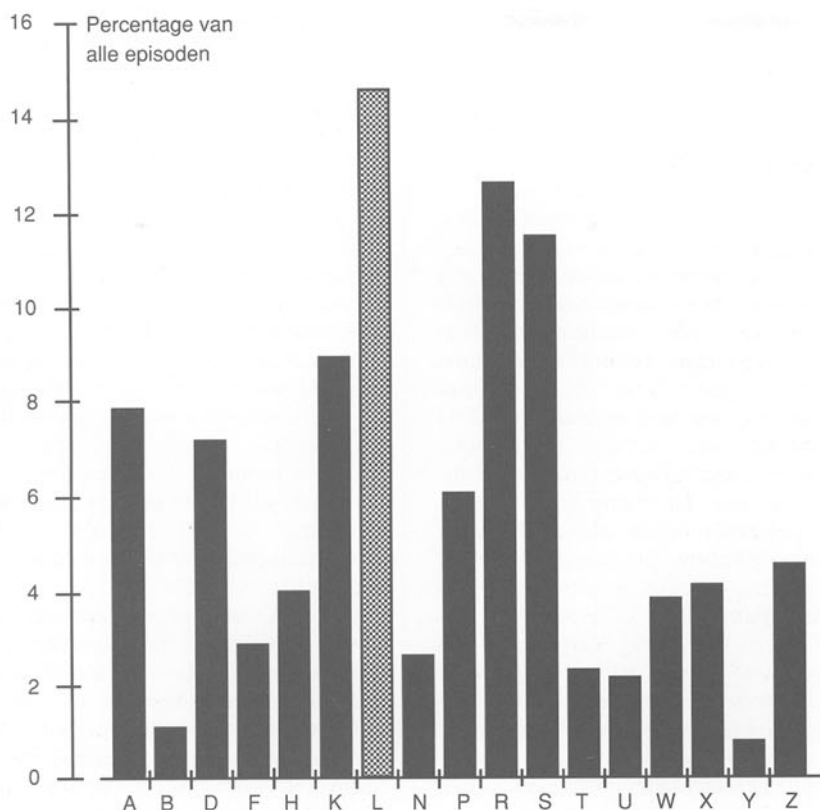
Verder is gebruikt gemaakt van de bestaande literatuur. Voor de Nederlandse gegevens is gebruik gemaakt van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (vanaf 1980), *Medisch Contact* (vanaf 1980), *Huisarts en Wetenschap* (vanaf 1978), het *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* (vanaf 1978), de *Overzichtstudie onderzoek eerste lijn* van het NIVEL¹⁰ en het literatuuroverzicht van de documentatiedienst van O&O.

Bij het zoeken naar betrouwbare onderzoeksliteratuur doet zich het probleem voor dat fysiotherapie als paramedische discipline een academische traditie mist, terwijl er geen goede index bestaat. De Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie heeft een documentatiedienst, die doende is een geautomatiseerd bestand op te zetten, maar dit is nog niet operationeel. Fysiotherapietijdschriften komen in de *Index Medicus* niet voor en daarmee ook niet in de grote bestaande computerbestanden. Met name wat betreft het effectonderzoek hebben wij ons moeten baseren op enkele artikelen, opgespoord via een *computersearch* uit de *Index Medicus*, de voornoemde tijdschriften en de index van de *Family Medicine Literature Index* (FAMLI – vanaf 1981) en door middel van navraag bij een aantal fysiotherapeuten die zich bezighouden met onderzoek in de eerste lijn.

Diagnosen bij de huisarts

Figuur 2 geeft een beeld van de aandoeningen met de meeste fysiotherapieverwijzingen binnen het ICPC-hoofdstuk 'Bewegingsapparaat'. Het gaat hierbij zowel om nieuwe episoden als om episoden die reeds waren aangevangen vóór de start van het Transitieproject. Deze 15 aandoeningen nemen 62 procent van alle fysiotherapieverwijzingen voor hun rekening. Een aantal minder nauwkeurig omschreven aandoeningen (waaronder L18 – 'other non-articular rheumatism'), samen goed voor nog eens 17,5 procent van de fysiotherapieverwijzingen, laten we hier buiten beschouwing.

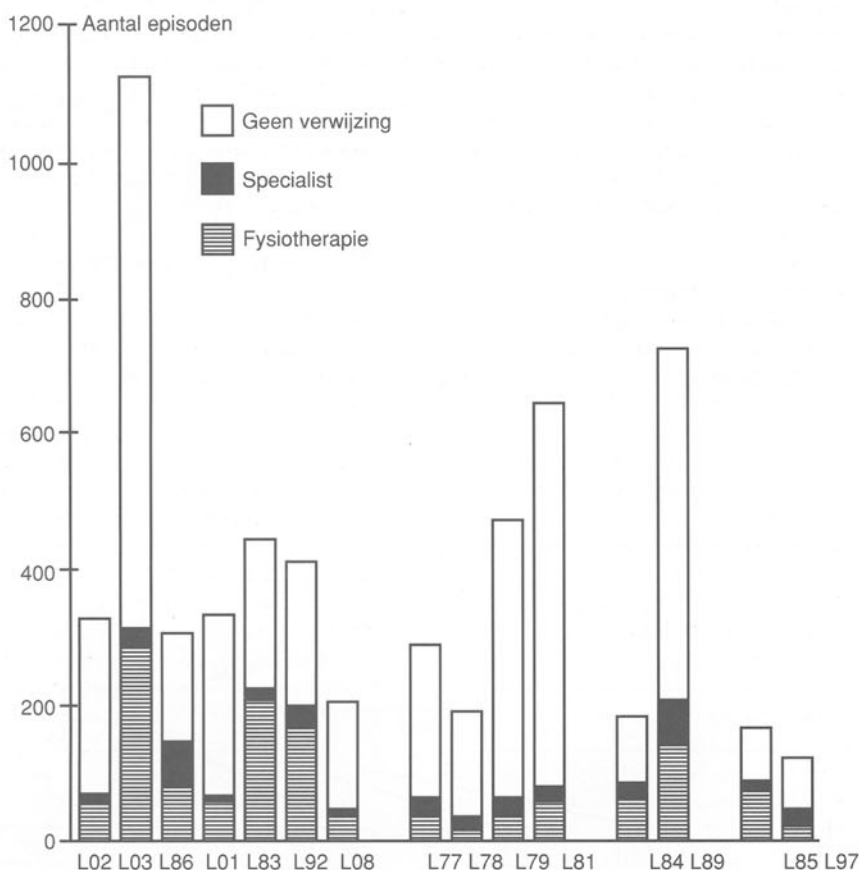
Deze 15 aandoeningen hebben wij ingedeeld in vier groepen, die qua ontogenese, lokalisatie, leeftijd/geslachtsverdeling binnen de populatie en, zoals zal blijken, qua handelen van de huisarts van elkaar zijn te onderscheiden:



Figuur 1 Verdeling episoden over de ICPC-hoofdstukken. Transitie project.

ICPC-hoofdstukken

- A Algemeen
- B Bloed
- D Tractus digestivus
- F Oog
- H Oor
- K Tractus circulatorius
- L Bewegingsapparaat
- N Zenuwstelsel
- P Psychologisch
- R Tractus respiratorius
- S Huid
- T Endocriene/metabole ziekten
- U Urinewegen
- W Zwangerschap, anticonceptie
- X Geslachtsorganen vrouw
- Y Geslachtsorganen man
- Z Sociaal



Figuur 2 Verwijzingen naar fysiotherapeut en medisch specialist bij vier groepen L-episoden.

Genoemde ICPC-rubrieken

- L01 Nek symptomen/klachten
- L02 Rug symptomen/klachten
- L03 Lage rugpijn zonder uitstraling
- L08 Schouder symptomen/klachten
- L77 Verstuikingen/distorsies enkel
- L78 Verstuikingen/distorsies knie
- L79 Andere verstuikingen/distorsies
- L81 Andere traumata
- L83 Cervicaal syndroom
- L84 Osteoartrrose wervelkolom
- L85 Verworven misvormingen wervelkolom
- L86 Rugpijn met uitstraling
- L89 Arthrosis deformans
- L92 Schouder syndroom
- L97 Chronisch derangement interne knie

• **Multicondionele aandoeningen:** rug-, nek- en schouderaandoeningen. Over de oorzaak van deze aandoeningen bestaat geen consensus. Surmenage, lichamelijke overbelasting, een gebrekkige balans in houding en beweging en strikt organische oorzaken lijken alle een plausibele verklaring te kunnen bieden, zonder dat daarvoor een overtuigend bewijs wordt geleverd. In de leeftijdsgroep van 45-64 jaar is deze groep aandoeningen oververtegenwoordigd. Net zo min als men het eens is over de ontstaanswijze, is men het eens over de therapie, die varieert van een strikt mechanische aanpak (zoals in de manuele therapie) tot een bijna psychotherapeutische benadering.¹¹

• **Posttraumatische aandoeningen** In de huisartspraktijk zijn dat met name het letsel van enkel en knie. Ze komen hoofdzakelijk voor in de leeftijdsgroep van 15-24 jaar.

• **Degeneratieve aandoeningen** Hierbij zijn de bejaarden oververtegenwoordigd. Het gaat vooral om artrose van rug, knie, heup en hand.

• **Een restgroep** met onder meer verworven misvormingen van de wervelkolom en chronisch inwendige traumata van de knie.

Verwijzingen naar de fysiotherapeut

Bijna alle epidemiologische literatuur over de fysiotherapie is afkomstig van gezondheidscentra: Ommoord, het Withuis en Wantveld (Noordwijk).^{2 3 12} In de Engelse literatuur vonden wij drie artikelen,¹³⁻¹⁵ waarvan er slechts één bruikbaar was ter vergelijking, omdat hierin ongeveer dezelfde classificatie is gebruikt.

In het Verenigd Koninkrijk kon en kan de huisarts veel moeilijker direct verwijzen naar de fysiotherapie: vaak is de tussenkomst van een specialist of een 'rehabilitation clinic' nodig. Vergelijking met de Amerikaanse literatuur is vrijwel onmogelijk omdat een groot deel van het veld van de Nederlandse fysiotherapeut wordt bestreken door de chiropractor, een autonoom medisch beroepsbeoefenaar. Applicaties worden in een aantal gevallen toegepast door de 'general practitioner' zelf.

In de tabel vergelijken we de cijfers van de drie gezondheidscentra, een Engels gezondheidscentrum, een onderzoek van Kerkhoff (op basis van een steekproef van 5 procent van alle ziekenfondsmachtigingen van een ziekenfonds in Zuid-Holland in 1981⁴) en de cijfers uit het Transitieproject. De

aandoeningen zijn zo gegroepeerd dat een vergelijking mogelijk is. Hierbij moet worden aangetekend dat de classificaties niet uniform zijn, waardoor een vergelijking van de percentages slechts van beperkte waarde is. Wel is duidelijk dat de multicondionele aandoeningen veruit de belangrijkste groep vormen qua verwijzingen en dat de posttraumatische en postoperatieve behandeling slechts een bescheiden deel van het pakket uitmaken.

In het Transitieproject wordt in 3 procent van alle contacten verwezen naar de fysiotherapeut. Bij 86 procent van die verwijzingen gaat het om het bewegingsapparaat (figuur 3); de overige verwijzingen betreffen de andere ICPC-hoofdstukken, waarbij alleen de hoofdstukken 'psychologisch' (met name hyperventilatie en spanningshoofdpijn), 'tractus respiratorius' en 'zenuwstelsel' van enig belang zijn.

Verwijsredenen

In de literatuur wordt vaak aangenomen dat naar de fysiotherapeut wordt verwezen vanwege het puur klinische effect. Dat is ook het uitgangspunt van de huidige belangstelling voor effectonder-

zoek binnen de wereld van de fysiotherapie.¹⁶⁻¹⁹ Systematisch onderzoek naar de reden van verwijzing is echter nauwelijks verricht; enkele studies geven hierover alleen zijdelingse, vaak fragmentarische informatie.

In het onderzoek van Bertels *e.a.* in een aantal Amsterdamse gezondheidscentra werden enkele huisartsen geïnterviewd met de vraag waarom zij naar de fysiotherapeut verwezen. Genoemd werden de volgende redenen:

- voor nadere diagnostiek;
- om verwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen;
- om de patiënt zich bewust te laten worden van de relatie tussen psychische klachten en lichamelijke aandoeningen;
- om te ontmedicaliseren;
- om de patiënt te steunen en te activeren;
- als eenvoudige adviezen en pijnstillers niet helpen.²⁰

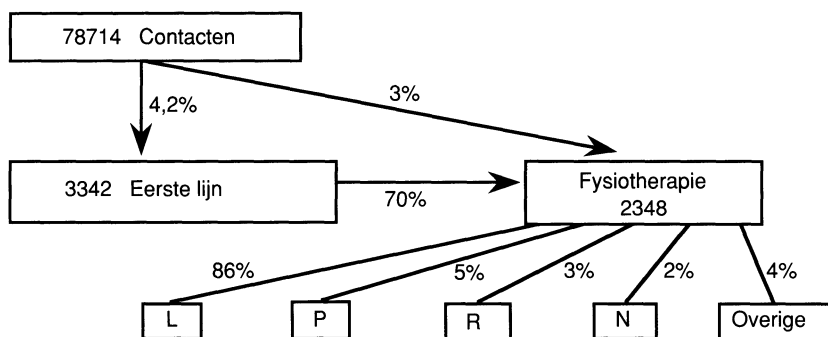
Ook uit Ommoord worden dergelijke 'subdoelstellingen' gerapporteerd: ze worden door het hele kernteam gehanteerd en zijn daarmee ook tot doelstellingen van de fysiotherapie geworden: ontprofessionalisering, ontmedicalisering, afgrenzen van probleemgedrag.²

Tabel Diagnosen verwezen naar fysiotherapie. Percentages van alle verwijzingen. Gegevens uit zes studies.

	Venlo ³	Ommoord ²	Noordwijk ¹⁰	Kerkhoff ⁵	Gentle ¹²	Transitieproject
(Lage) rugpijn	24	31	36	26	30 ^a	20
Nekklachten	23	29	13	21 ^b	28	12
Schouderklachten	10	5 ^c	5	7	19	9
Arthrosis deformans	8	4	8	d	d	9
Tendinitis/bursitis/epicondylitis	5	4	5	3	d	6
Posttraumatische episoden	16	6	7	d	d	7
Overige (hoofdpijn, spierpijn, hyperventilatie)	14	21	26	43	23	37

^a Waarvan discusdegeneratie met radiculare klachten: 14 procent. ^b Waarvan spondylitis cervicalis: 23 procent; ^c Alleen periartthritis humeroscapularis. ^d Niet vermeld.

Figuur 3 Fysiotherapieverwijzingen in het Transitieproject



Kerssens e.a. deden een onderzoek naar de determinanten van het aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut. Naast structurele factoren bleek een attitude-factor van belang: de mening dat fysiotherapie in veel gevallen een alternatief vormt voor een behandeling in de tweede lijn.²¹

Er zijn aanwijzingen dat de wens of de druk van de patiënt een belangrijke rol speelt. Een van de belangrijkste redenen om iemand naar de manueel therapeut te verwijzen, is een expliciet verzoek van de patiënt.²² In een onderzoek in Almere naar verwijsgedrag registreerden de huisartsen dat het initiatief in 29 procent van de gevallen uitsluitend of in meerder mate bij de patiënt lag.²³ Tevens gaven de huisartsen aan of zij de verwijzing al dan niet medisch noodzakelijk vonden: slechts 41 procent werd noodzakelijk geacht, tegen 52 procent twijfelachtig en 7 procent niet noodzakelijk.

Deze gegevens leveren slechts indicaties over hetgeen de huisarts beweegt tot verwijzen naar de fysiotherapeut. Enkele contouren worden daarin toch zichtbaar:

- de verwijzer beoogt zeker niet uitsluitend, en wellicht slechts in beperkte mate, een puur klinische verbetering;
- de wens of de druk van de patiënt speelt een belangrijke rol;

- er spelen, met name in gezondheidscentra, ook 'ideologische' motieven een rol, (doorbreken van somatische fixatie, ontmedicalisering, e.d.);
- de fysiotherapeut wordt een rol toebedacht bij de behandeling van patiënten wier klachten mogelijk verband houden met psychosociale problemen.

Effect

Zoals gezegd staat effectonderzoek de laatste jaren bijzonder in de belangstelling, met name ook binnen de fysiotherapie. In het *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* geeft dit aanleiding tot vele en felle polemieken. Twee artikelen trekken daarbij in het bijzonder de aandacht door hun systematiek en overzichtelijkheid.¹⁸⁻¹⁹ De auteurs hebben 59 artikelen uit de jaargangen 1979-1983 van het *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* onderzocht op hun wetenschappelijke merites. Zij hantieren daarbij een indeling in drie typen onderzoek:

- basissetenschappelijke effectmeting (verbetering van doorbloeding, verbetering sputumproductie bij Cara, etc.);
- 'ecologische' effectmeting (vermindering van pijn, verbetering van ADL, arbeid en sportmogelijkheden, welbevinden);

- het therapie-gerelateerde effect (satisfactie van de patiënt, duur en kosten van de therapie).

Hoewel deze indeling niet direct aansluit bij de internationaal geaccepteerde indelingen (zoals in *efficacy*, *effectiveness* en *efficiency*), lijkt zij voorlopig bruikbaar genoeg om een oordeel te kunnen vellen. Voor de huisarts (en ook voor de auteurs) is met name de 'ecologische' effectmeting relevant: 36 procent van de artikelen had betrekking op deze effectvariabele. Bij de beoordeling van de 59 artikelen op methodologische betrouwbaarheid, bleken overigens slechts vier artikelen te voldoen aan de gestelde eisen.

Wij hebben ons in het volgende beperkt tot de literatuur sinds 1980 die een 'ecologische effectmeting' betreft, methodologisch verantwoord is en betrekking heeft op aandoeningen die veel in de huisartspraktijk voorkomen.

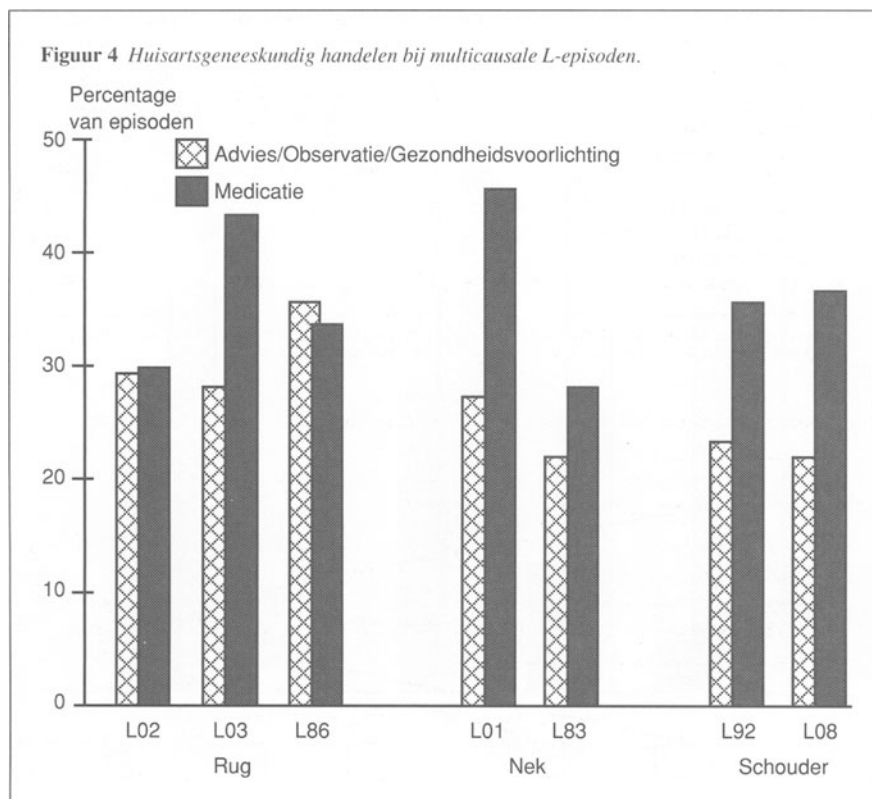
Rugpijn, in het bijzonder lage rugpijn

Rugpijn is verreweg het meest voorkomende probleem van het bewegingsapparaat. In het Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer (EPOZ) antwoordde 51 procent van de mannen en 57 procent van de vrouwen ooit rugklachten te hebben gehad; 30 procent had op het moment van de enquête rugpijn.²⁴

Deyo vond in een representatieve steekproef uit de Amerikaanse bevolking een 'lifetime prevalence' van langdurige (>2 weken) rugpijklachten van 13,8 procent en een 'point prevalence' van 6,8 procent.²⁵

In het Transitieproject is rugpijn de meest voorkomende aandoening van het bewegingsapparaat (figuur 2). De huisarts geeft aan patiënten met deze aandoeningen relatief veel medicijnen en adviezen (figuur 4). Deze patiënten worden nauwelijks naar specialisten verwezen, met uitzondering van de patiënten met lage rugpijn met uitstraling (figuur 2). De fysiotherapeut krijgt echter een belangrijke rol toegeedeeld.

In eerder onderzoek treffen we vergelijkbare cijfers aan. Uit het onderzoek van Chavannes e.a. blijkt dat de patiënt met uitstralende pijn in 16 procent van de gevallen naar de fysiotherapeut wordt verwezen, en de patiënt met pijn zonder uitstraling in 9 procent.²⁵ Van Weel rapporteerde vanuit het Monitoringproject dat 30 procent van de patiënten met uitstralende rugpijn en 15 procent van de patiënten met rugpijn zonder uitstraling naar de fysiotherapeut werd verwezen.²⁶



In de VS volgen patiënten met lage rugpijn een andere gang door de medische instituties; zij gaan in 59 procent van de gevallen naar de huisarts, in 37 procent van de gevallen naar de orthopeed en in 31 procent van de gevallen naar de chiropractor; 80 procent van de rugpijnpatiënten uit de onderzoeksgroep kreeg ooit rust voorgeschreven, 74 procent warmte-applicatie, 58 procent een 'stiff mattress', 58 procent aspirine, 40 procent oefeningen of fysiotherapie, 36 procent een plank onder de matras, 27 procent 'braces' (corsetten e.d.) en 20 procent tractie.²⁷

Deyo deed een gedegen literatuurstudie naar het effect van de behandelingen bij lage rugpijn.^{28, 29} Wat betreft de door de Nederlandse fysiotherapeuten gehanteerde technieken kwam hij tot de volgende conclusies:

Oefentherapie (6 studies). In de best opgezette studies blijken vooral buikspierversterkende flexie-oefeningen meer op te leveren dan mobiliserende oefeningen en extensie-oefeningen.

Tractie (9 studies). Slechts in één studie leverde tractie op korte termijn een beter effect op dan andere therapieën. Overigens is dit, voor zover ons bekend, een in Nederland weinig gebruikte techniek.

Manipulatie (14 onderzoeken). In de twee best opgezette studies was slechts een korte-termijn effect aanwezig.

Elektrostimulatie (11 onderzoeken). In de enige betrouwbare studie was er sprake van een placebo-effect.

Bouter onderzocht zes artikelen op het effect van manuele therapie op lage rugpijn. Hij kwam tot de conclusie dat op grond van deze artikelen geen gefundeerd oordeel valt te vellen over het nut van manuele therapie. Hoogstens is er een effect bij (sub)acute klachten.³⁰

De Zweedse rugschool, oorspronkelijk beschreven door *Zachrisson-Forsell*,³¹ wint snel aan populariteit. De nadruk hierbij ligt vooral op voorlichting en preventieve ergonomische maatregelen. *Knibbe* geeft in een artikel over de epidemiologie van lage rugpijn een literatuuroverzicht over de rugschool.³² In Nederland is een prospectief onderzoek verricht door *Lankhorst e.a.* Zij kwamen tot de conclusie dat vooral subacute klachten baat hebben bij de rugschool;³³ Zweedse studies leveren vooral een korte-termijn effect op.

Nekklachten

Nekklachten worden eveneens vaak gepresenteerd op het spreekuur van de huisarts. Adviezen en medicatie spelen

een belangrijke rol in het therapeutisch arsenaal (figuur 4). Verwijzingen naar de specialist komen nauwelijks voor, maar er wordt frequent verwezen naar de fysiotherapeut (figuur 2).

Opvallend is het verschil in verwijsgedrag bij 'symptomen en klachten van de nek' en 'cervicale syndromen'. Kennelijk wordt pas bij een 'diagnose' verwezen en bij een 'klacht' nog niet. Of is er een diagnose nodig als legitimatie om te verwijzen?

In de literatuur konden wij geen onderzoek vinden naar het effect van fysiotherapie bij nekkklachten in strikte zin. Mogelijk worden nekkklachten vaak gerekend tot rugklachten of 'spinal problems' en komen zij daardoor niet afzonderlijk aan de orde.

Schouderaandoeningen

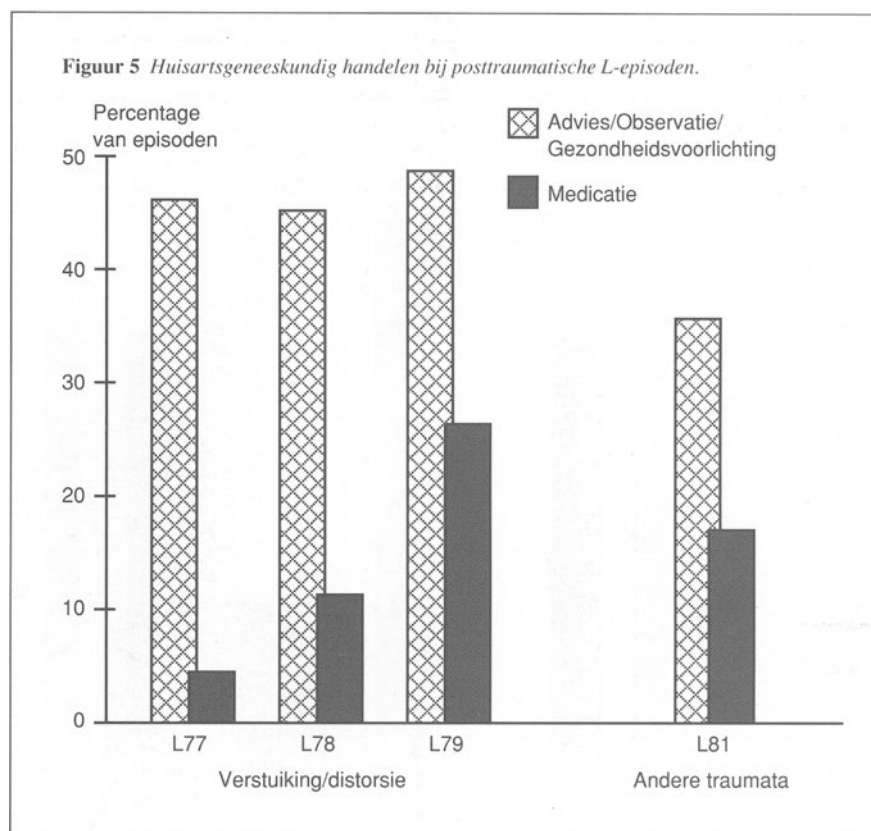
Schouderaandoeningen komen veel voor in de huisartspraktijk. In de ICPC worden alle mogelijke schouderaandoeningen gerubriceerd onder de diagnoses 'schouderklachten' en 'schouder syndromen'. De diagnostiek van schouderklachten kan echter zeer gedetailleerd geschieden. In de dissertatie van *Jonquière* worden twaalf conventionele diagnoses genoemd en tien diagnoses volgens de classificatie van *Cyriax*, met nog velerlei subdiagnosen.³⁴

Het therapeutisch handelen van de

huisarts verloopt volgens het vertrouwde patroon: vrij veel adviezen, medicatie en verwijzingen naar de fysiotherapeut, en weinig specialistische verwijzingen (figuren 2 en 4).

In een overzichtsartikel over periarthritis humeroscapularis vermeldt *Oostendorp* dat gecontroleerde studies naar het effect van fysiotherapeutische behandeling nauwelijks te vinden zijn. Hij beschrijft een studie uit 1970 – die wij zelf niet konden achterhalen – waarin interferentietherapie, al of niet gecombineerd met microgolfbestraling, de beste resultaten zou geven.³⁶

De methode volgens *Cyriax* – die in Nederland enthousiast is onthaald – houdt grofweg in: een zeer verfijnde diagnostiek van gedetailleerde anatomische structuren met als therapie de nadruk op lokale injectie, zeer lokale massage (diepe dwarse frictie), mobiliseren en rekken en een aantal manipulatieve ingrepen.³⁵ *Jonquière* heeft deze diagnostiek en therapie vergeleken met de conventionele fysiotherapeutische aanpak. Hij kon daarbij geen verschil in effect vaststellen. Helaas ontbreekt een vergelijking met het natuurlijk beloop. In de boeken van *Cyriax* ontbreekt een wetenschappelijke verantwoording. Gezien het vooralsnog ontbreken van goed onderbouwde therapeutische en prognostische consequenties van deze



verfijnde diagnostiek is de betekenis hiervan nog niet vast te stellen.

Elleboogaandoeningen

Jonquière stelde vast dat 77 procent van alle elleboogklachten een tenniselleboog betrof.

De ICPC kent deze specifieke diagnose niet; de tenniselleboog wordt gecodeerd onder L93 – 'andere bursitis/tendinitis/synovitis'. Weliswaar wordt het leeuwedeel van de orgaanlokalisaties als klacht door de elleboog uitgemakt, maar gezien de diversiteit van mogelijke diagnoses binnen deze groep, heeft het geen zin de betreffende gegevens uit het Transitieproject hier op te nemen.

Ook ten aanzien van elleboogklachten kon *Jonquière* geen verschil in therapeutisch effect vaststellen tussen conventionele fysiotherapie en fysiotherapie volgens Cyriax. Fysiotherapie heeft bij de tenniselleboog weinig resultaat.³⁷

Posttraumatische aandoeningen

Binnen de groep posttraumatische aandoeningen zijn drie subgroepen te onderscheiden: fractures, distorsies en 'overige verwondingen'. Patiënten met fractures worden, althans door de huisarts, zo weinig naar de fysiotherapie verwezen, dat deze groep in het kader van dit overzicht irrelevant is. De overige verwondingen, een overigens zeer

grote groep waarbinnen vooral zaken als 'chest symptoms' (waarschijnlijk ribcontusies) en vinger- en teenletsels opvallen, is te divers en wordt te weinig naar de fysiotherapie verwezen om voor aparte bespreking in aanmerking te komen (*figuur 2*). De distorsies echter vormen wel een substantieel bestanddeel.

Binnen deze groep vormen, zoals te verwachten, de enkel- en kniedistorsies de belangrijkste groep. Er wordt weinig medicatie gegeven en relatief weinig verwezen naar fysiotherapeut of specialist. Voor het overgrote deel worden adviezen gegeven en wordt afgewacht (*figuren 2 en 5*).

In de literatuur troffen wij eigenlijk alleen studies aan naar het effect van fysiotherapie na operaties van knieaandoeningen. Zo vindt in Zwolle het zogenaamde knieproject plaats: een onderzoek naar het effect op de revalidatie door fysiotherapie bij voorste kruisbandletsels.³⁸ De resultaten zijn nog niet verschenen.

Van den Bosch besprak in *Huisarts en Wetenschap* drie belangrijke studies over de behandeling van de enkeldistorsie (overigens vrijwel altijd inversietrauma's). De fysiotherapie kwam daarin niet voor. Hij concludeerde dat door het ontbreken van goed vergelijkend onderzoek nog geen standpunt kon worden ingenomen ten aanzien van de rol van

de fysiotherapie. Net als *Van Rens* en *Van Lingen* was hij overigens van mening dat een in eerste instantie conservatief beleid gerechtvaardigd is.³⁹⁻⁴¹

Artrose

De diagnose artrose wordt op het spreekuur van de huisarts veelvuldig gesteld (*figuur 2*). Artrose blijkt dan vooral gelokaliseerd in de knie (35 procent), de rug (20 procent) en de heup (13 procent).

Patiënten met artrose krijgen in bijna 40 procent van de contacten medicijnen en verder frequent adviezen (*figuur 6*). Bij artrose in de rug wordt in ruim 40 procent van de episoden verwezen naar de fysiotherapeut en in 8 procent van de episoden naar de specialist (*figuur 2*). Artrose in de andere belangrijke gewrichten leidt veel minder vaak tot verwijzing naar de fysiotherapeut (22 procent).

Algemeen wordt aangenomen dat fysiotherapie geen genezende werking heeft bij artrose. De ratio zou vooral gelegen zijn in het (opnieuw) mobiliseren van de vaak oudere patiënten, met als voornaamste doel het optimaliseren van de conditie van de spieren rond het aangedane gewricht. Wij konden geen gecontroleerde studies naar dit effect vinden.

Verworven rugaandoeningen

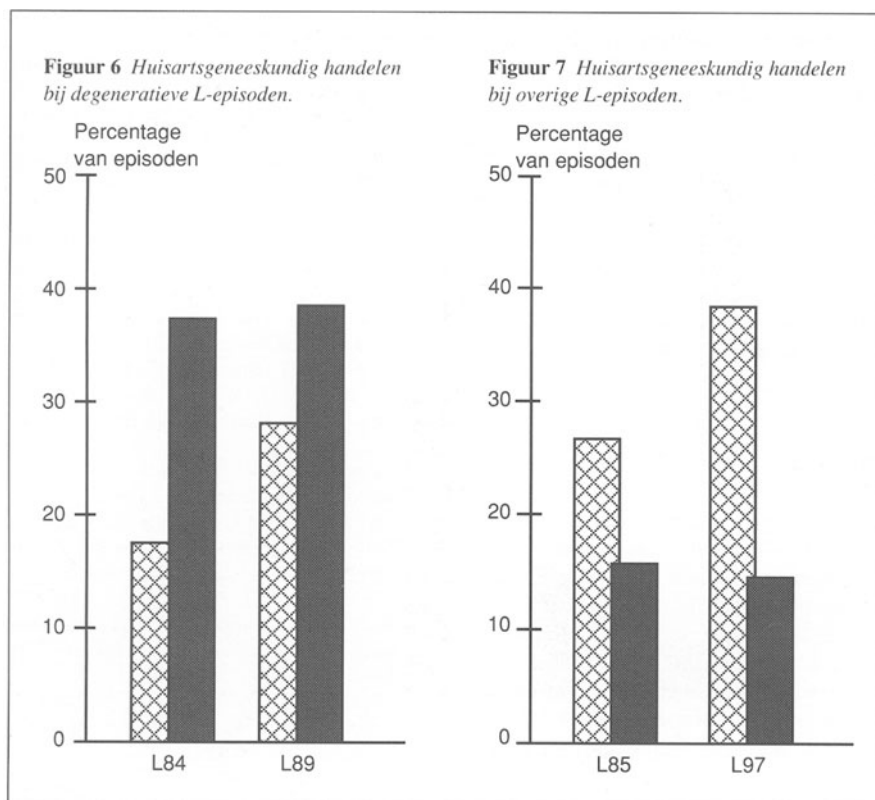
Mensen met een verworven rugaandoening worden veel verwezen naar de fysiotherapeut, naar wij aannemen voor houding-corrigerende oefentherapie (*figuur 2*). Binnen het Transitieproject is er geen onderscheid gemaakt naar het soort therapeut. Men mag aannemen dat in deze gevallen vaak Mensendieck- of een Cesar-therapeut wordt ingeschakeld. Over deze vormen van therapie konden wij geen gecontroleerde studies vinden.

Chronische knieafwijkingen

Bij chronische knieafwijkingen wordt veel advies gegeven en relatief veel verwezen naar de specialist (17 procent). Ook hier wordt toch nog in 23 procent van de contacten verwezen naar de fysiotherapeut, naar wij aannemen voor spierversterkende oefeningen (*figuren 2 en 7*).

Beschouwing

Met name de multicondionele aandoeningen van rug, nek en schouder komen in de huisartspraktijk veel voor en worden vaak verwezen naar de fysiotherapeut. In dat verwijsgedrag is een pa-



troon te herkennen: naarmate de diagnose van een minder scherp omschreven niveau is – vaak beperkt tot de *lokalisatie* van de aandoening – wordt de patiënt vaker naar de fysiotherapeut verwezen; hoe ‘harder’ echter de diagnose, des te vaker wordt de hulp van de specialist ingeroepen. Dit is niets nieuws: naarmate een klacht beter in een nauw omschreven klinisch beeld past, is er vanuit klinische studies meer bekend over therapie en prognose.

Bij het vergelijken van de epidemiologie van klachten van het bewegingsapparaat in de huisartspraktijk en in praktijk van de fysiotherapeut zijn wij gestuit op een gebrek aan een uniforme nomenclatuur. De nomenclatuur van de huisarts, zoals onder meer neergelegd in de ICPC, zal door fysiotherapeuten als te mager worden beschouwd. Nomenclatuur, indelingen en coderingen zijn echter alleen zinvol, als ze betekenis hebben bij het instellen van therapie en het voorspellen van het natuurlijk beloop. Gezien de nog zeer gebrekkige kennis omtrent de therapie en prognose is althans voor huisartsen een zeer verfijnde nomenclatuur (nog) niet zinvol. Anderzijds wordt binnen de beroepsgroep van de fysiotherapeuten de roep om een gedetailleerde, sterk mechanisch-anatomisch georiënteerde nomenclatuur steeds nadrukkelijker.

Daarmee dreigt een onderlinge aansluiting gemist te worden. Een gebrek aan uniforme nomenclatuur is niet alleen problematisch bij het bestuderen en vergelijken van onderzoek, het staat ook de communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut in de weg.

Waar de ratio van de verwijzing naar de fysiotherapeut aan de orde komt, troffen wij in de literatuur een grote leegte aan. De meeste onderzoekers gaan er impliciet van uit dat de doelstelling van de therapie verbetering van de klinische toestand is, zoals verbetering van de ADL en vermindering van de pijn. Over de vaak impliciete doelstellingen is echter weinig bekend. Wat wél bekend is, suggereert dat in ieder geval huisartsen soms – of vaak – andere doelstellingen hanteren, zoals ontmedicalisering, het doorbreken van somatische fixatie, etc. Het moge duidelijk zijn dat bij deze doelstellingen, voor wat ze ook waard zijn, andere effectvariabelen gebruikt dienen te worden.

De resultaten van klinisch effectonderzoek zijn zeer mager. Er worden weliswaar vele effectstudies verricht, maar het wetenschappelijk niveau is meestal laag of het onderzoek gaat over

klinische problemen die weinig relevant zijn voor de eerste lijn. Vooralsnog is van vrijwel geen enkele fysiotherapeutische interventie aangetoond dat zij werkzaam zou zijn.

Overigens betekent ontbrekend of slecht onderzoek nog niet dat er geen effect zou zijn. Bovendien zou het verzamelen van effectonderzoek binnen veel andere (para)medische disciplines waarschijnlijk eenzelfde mager resultaat opleveren ten aanzien van de eis van methodologische betrouwbaarheid en een voor de patiënt merkbaar resultaat.

Overigens wordt in de literatuur opvallend weinig aandacht besteed aan het placebo-effect van fysiotherapie: het effect van de aandacht en de (vaak letterlijke) warmte van de behandeling, ongeacht de toegepaste techniek. Nu heeft dit begrip in de westerse geneeskunde een ongunstige klank en wordt het, wellicht om die reden, omringd met een wetenschappelijk stilzwijgen. In feite zou het hier echter weleens om een van de meest werkzame en specifieke vormen van huisartsgeneeskundig en fysiotherapeutisch handelen kunnen gaan. Wellicht wordt het opvallende verschil tussen het uitblijven van resultaten van klinisch interventie-onderzoek en de hoge satisfactie van patiënt en behandelaar voor een belangrijk deel verklaard door dit placebo-effect.

Voor huisartsen mag deze wat sombere conclusie niet leiden tot een therapeutisch nihilisme. Huisartsen staan weliswaar wetenschappelijk in hun hemd als ze worden aangesproken op de ratio van hun verwijzingen naar de fysiotherapeut, maar in maatschappelijk opzicht gaat het om een geaccepteerd fenomeen. Ook is het niet terecht de bewijslast uitsluitend bij de fysiotherapie te leggen. Net zoals de fysiotherapeut verantwoordelijk gesteld kan worden voor zijn handelen, kan de huisarts verantwoordelijk geacht worden voor zijn verwijzingen.

Tot slot

Aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn de meest voorkomende gezondheidsproblemen binnen de Nederlandse bevolking. In de huisartspraktijk is het eveneens de meest frequente groep aandoeningen. De behandeling is nagenoeg geheel een zaak van huisartsen en fysiotherapeuten; de klinische geneeskunde speelt er slechts een zeer bescheiden rol in. Het leeuwedeel van de aandoeningen is multiconditioneel

en over de ontstaanswijze is weinig bekend. Evenmin is veel bekend over het effect van de verschillende therapeutische interventies. Er is grote behoefte aan gecontroleerd interventieonderzoek – ook naar het placebo-effect – en daarbij zouden zowel huisartsen als fysiotherapeuten betrokken moeten zijn, gezien de verwevenheid van hun handelen.

Hiertoe moeten in ieder geval twee problemen worden opgelost:

- Er moet een gemeenschappelijke ‘taal’ en nomenclatuur worden ontwikkeld, waardoor vergelijking mogelijk wordt gemaakt.
- De reden van verwijzing van de huisarts en het doel van de interventie door de fysiotherapeut moeten van beide kanten worden geëxpliciteerd en op één lijn gebracht.

De omvang van het probleem maakt het de inspanning waard.

¹ Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.

² Buyten NT, Van de Hoogen R, Monteny AE, e.a. Fysiotherapie: vierde in het eerstelijns kwartet. Huisarts Wet 1977; 20: 237-42.

³ Crebolder HFJM. Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen. Huisarts Wet 1983; 26: 42-8.

⁴ Kerkhoff AHM. Huisarts en fysiotherapeut. Med Contact 1982; 37: 991-7.

⁵ Kerkhoff AHM, Groenewegen PP. Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg. In: Boerma WGW, Hingstman L, red. De eerste lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985: 91-100.

⁶ Swinkels H. Trends in de medische consumptie. Maandbericht gezondheidsstatistiek 1987; nr. 11: 5-21.

⁷ Bertels M, Ten Brummeler L, Van Dijkum C, e.a. Tijd voor kwaliteit. Amsterdam: Siswo/Osa, 1985: 114.

⁸ Lamberts H, Brouwer HJ, Groen AJM, Huisman H. Het transitie-model in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987; 30: 105-13.

⁹ Lamberts H, Wood M, eds. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.

¹⁰ Sluijs EM, Dopheide JP, Van der Zee J. Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. Utrecht: NIVEL 1985.

¹¹ Kerkhof PD, Godkewitsch A. Ontspanning bij de fysiotherapeut. Huisarts Wet 1980; 23: 67-70.

¹² Mulder Dzn JD, Wuister JD. Huisarts en fysiotherapeut. Leiden: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1984.

Vervolg op pag. 59