

Medisch specialist en fysiotherapeut

I N F O R M A T I E O V E R D R A C H T N A A R D E E E R S T E L I J N

DE VERWIJZING DOOR een arts vormt samen met de verheldering van de hulpvraag door de patiënt het uitgangspunt voor het methodisch handelen binnen de fysiotherapie.¹ Adequate informatieoverdracht bij verwijzing is dan ook een voorwaarde voor kwaliteit in de fysiotherapeutische hulpverlening.

In dit artikel staat de verwijzing door de medisch specialist centraal. De specialist is de verwijzer van circa één op de vijf patiënten in de eerstelijns fysiotherapie.² Onderzoek naar de kwaliteit van de informatieoverdracht door de huisarts naar de eerstelijns fysiotherapeut is spaarzaam. De enkele onderzoeken geven aan dat de informatieoverdracht door de huisarts kan worden verbeterd.³⁻⁵ De informatieoverdracht bij verwijzing door de specialist naar de fysiotherapeut is in Nederland niet onderzocht.

Het doel van het onderhavige onderzoek was de informatieoverdracht bij verwijzing door de medisch specialist te beschrijven. Tevens is gekeken naar het oordeel van de fysiotherapeut over de informatie, ook in samenhang met het belang van de informatie voor de fysiotherapeut.

Methode

Onderzoeksopzet

Dit onderzoek is onderdeel van het meerjarig project 'Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramurale fysiotherapie' (BEEF), waarin gegevens worden verzameld over de patiëntenpopulatie van een groep aselect gekozen eerstelijns fysiotherapiepraktijken. Gedurende 13 maanden heeft een aanvullende dataverzameling plaatsgevonden. In deze periode hebben de fysiotherapeuten een vragenlijst ingevuld over de informatieoverdracht bij elke door medisch specialist verwezen patiënt.

Onderzoekspopulatie

Alle door de medisch specialist nieuw verwezen patiënten, geregistreerd in de periode van 1 december 1990 tot 1 januari 1992, zijn in dit onderzoek opgenomen. Dit betrof in totaal 690 patiënten van 35 fysiotherapeuten uit 20 praktijken.

M.E. van Baar, J. Dekker en
H.V. Kool van Langenberghe

Medisch specialisten dragen bij veel verwijzingen informatie over aan de fysiotherapeut, maar de inhoud van die informatie zou nog verder kunnen worden verbeterd. Het Niveau zoekt het uit.

Meetinstrumenten

De algemene gegevens over de patiënt en diens verwijzer zijn verzameld middels het registratieformulier van het project 'BEEF'. Met de aanvullende vragenlijst zijn kenmerken geregistreerd van de informatieoverdracht bij verwijzing door de medisch specialist naar de fysiotherapeut. Deze kenmerken waren:

- inhoud van de informatie. Deze werd nagevraagd met negen items, die vooraf waren opgesteld op basis van de literatuur en in overleg met vertegenwoordigers van de beroepsgroep (zie tabel 1). Het betreft informatie die uitsluitend door de medisch specialist kan worden verstrekt. De fysiotherapeut kon per item aangeven of 'alle gewenste informatie' was ontvangen, 'slechts een deel van de gewenste informatie' of 'niets';

- belang van de informatie. Bij elk item is gevraagd waarom deze informatie van belang was voor de fysiotherapeut bij deze specifieke patiënt; de zes antwoordalternatieven zijn weergegeven in tabel 1;
- andere kenmerken, zoals: tijdstip van informatieoverdracht, bereikbaarheid van specialist en informatieoverdracht door andere tweedelijns hulpverleners.

Als laatste zijn gegevens over werkervaring ontleend aan een enquête onder de deelnemende fysiotherapeuten.

Representativiteit

In het project 'BEEF' participeren alleen praktijken met vier of minder fysiotherapeuten. Er zijn echter geen aanwijzingen

dat de patiëntenpopulatie van de deelnemende praktijken aanzienlijk verschilt van die van alle Nederlandse praktijken samen.² Ook is de onderzochte populatie een goede afspiegeling van de totale groep patiënten die door de medisch specialist is verwezen naar de 'BEEF'-praktijken (tot 1 januari 1992), hierna te noemen referentiegroep.

Analyse

Het oordeel van de fysiotherapeut over de informatieoverdracht door de medisch specialist is afgeleid uit de vragen naar de inhoud in combinatie met het belang van de verstrekte informatie. Informatie is als voldoende geclassificeerd als: 1) alle gewenste informatie werd ontvangen, of 2) de fysiotherapeut de ontbrekende informatie niet van belang achtte bij de desbetreffende patiënt.

Resultaten

Algemeen

In de deelnemende fysiotherapiepraktijken was 18,5% van de patiënten verwezen door de medisch specialist. De meeste verwijzingen waren afkomstig van de orthoëde. Daarna volgden de chirurg en de neuroloog (zie tabel 2).

De gemiddelde leeftijd van de verwezen patiënten was 44,6 jaar (standaarddeviatie 20,1). Er zijn meer vrouwen dan mannen verwezen door de specialist (54% versus 46%). In de referentiegroep zijn deze cijfers vrijwel identiek (44,4 jaar en 54 versus 46%).

De meeste patiënten zijn verwezen voor aandoeningen aan de onderste extremiteiten, met name voor knieaandoeningen. Dit wordt weerspiegeld in de top vijf van eerstgenoemde verwijsindicaties (zie tabel 3).

Informatieoverdracht door medisch specialist bij verwijzing

Inhoud van informatieoverdracht. De bij verwijzing verstrekte informatie, zoals deze door de fysiotherapeut is geregistreerd, is weergegeven in figuur 1. Bij vrijwel alle verwijzingen werd informatie ontvangen (96%); dit betrof informatie over de verwijsindicatie. Bij circa één

op de twee verwijzingen werd informatie gegeven over de interventies (43%) of de anatomisch-pathologische gegevens (57%); informatie over de andere items werd in slechts 5% tot 16% van de verwijzingen gegeven.

Tijdstip van informatieoverdracht. Indien er sprake was van informatieoverdracht, was de informatie van de specialist meestal bij de eerste zitting beschikbaar (87%). Het tijdstip van informatieoverdracht verschilde significant tussen medisch specialisten. Informatie van orthopedie, chirurgie en reumatologie was relatief vaak al bij de eerste zitting beschikbaar (Chi-kwadraat = 12,9, df=5, p=0,02).

Bereikbaarheid van de medisch specialist. Bij een kwart van de verwezen patiënten (23%) heeft de fysiotherapeut contact gezocht met de medisch specialist. Bij vier van de vijf patiënten lukte het daadwerkelijk contact te krijgen met de specialist. Er was geen significant verschil in bereikbaarheid tussen de verschillende medisch specialismen.

Informatieoverdracht door andere tweedelijns hulpverleners. Bij 17% van de verwezen patiënten waren naast de medisch specialist ook andere tweedelijns hulpverleners betrokken (geweest) (N=117). Dit betrof vooral de tweedelijns fysiotherapeut. Bij 58% van deze patiënten (N=68) is informatie verstrekt door de tweedelijns hulpverlener; deze werd in driekwart van de gevallen spontaan gegeven.

Oordeel fysiotherapeut

In *figuur 2* is een overzicht gegeven van het oordeel van de fysiotherapeut over de verschillende items.

De informatie betreffende medicatie en nevenaandoeningen werd bij veel verwijzingen (76%-81%) als voldoende beoordeeld; informatie over medisch-pathologische aspecten was in circa de helft van de verwijzingen voldoende. Het minst gewaardeerd werd informatie over de prognose, de mededelingen aan de patiënt en de voornemens van de specialist. Slechts bij een klein percentage verwijzingen (23%-35%) was de informatie over deze items volgens de fysiotherapeut voldoende.

Werkervaring fysiotherapeut. Per verwijzing is een totaaloordeel berekend uit het oordeel van de fysiotherapeut over alle negen items. Dit totaaloordeel van de fysiotherapeut was gerelateerd aan zijn of haar werkervaring. Naarmate men langer als fysiotherapeut werkte, was men positiever in het oordeel over de informatieoverdracht door de medisch specialist (Pearson's r=0,41, p=0,02, analyse-eenheid is fysiotherapeut).

Specialisme verwijzers. Geen verschil bestond in het totaaloordeel van de fysiothe-

Tabel 1. Belang van de informatie-items naar het oordeel van de fysiotherapeut in percentages.* (N=690).

informatie-items	belang					
	doel	vorm	freq./dos.	voorlicht.	overige	n.v.t.
verwijsindicatie	68	70	48	50	3	3
interventies	30	39	32	42	4	21
anat.-path.gegevens	37	56	43	39	3	10
belastbaarheid	12	26	38	21	1	40
prognose	19	5	27	64	3	20
voornemens specialist	16	5	33	46	7	26
mededelingen aan patiënt	12	8	8	74	4	16
medicatie	3	14	13	10	3	71
nevenaandoeningen	9	11	10	7	4	78

legenda
 doel = bepaling behandeldoel
 vorm = keuze behandelvorm
 freq./dos. = bepaling behandel frequentie en/of -dosering
 voorlichting = voorlichting aan de patiënt
 overige = overige doelen
 n.v.t. = niet van toepassing, want niet van belang voor deze behandeling

* Dit betekent dat in 68% van 690 patiënten de verwijsindicatie nodig geacht werd voor de bepaling van het behandeldoel.

Tabel 2. Het aandeel van de verschillende medisch specialismen bij verwijzingen naar de eerstelijns fysiotherapeut, voor zowel onderzoekspopulatie (N=672) als de referentiegroep (N=2.036).*

medisch specialismen	onderzoekspopulatie %	referentiegroep %
orthopedie	42,1	43,6
chirurgie	22,3	21,3
neurologie	15,8	15,8
reumatologie	5,1	5,2
interne geneeskunde	3,1	2,6
overige	11,4	11,6
totaal	100,0	100,0

* Van respectievelijk 18 en 34 patiënten ontbrak informatie over het specialisme van de verwijzer.

rapeut over de informatieoverdracht door de afzonderlijke specialismen. Wel waren er bij de afzonderlijke items significante verschillen in het oordeel over de diverse specialismen, met uitzondering van de

informatie over de interventies (p=0,05). Informatie van de chirurgie en de interne geneeskunde werd relatief vaak hoog gewaardeerd. Deze beide specialismen werden ieder bij vier items het positiefst beoordeeld. Informatie van de neurologie werd relatief vaak laag gewaardeerd (bij drie items). Het oordeel van de fysiotherapeut over informatie van zowel de orthopedie als de reumatologie was het negatiefst bij twee items.

Belang verstrekte informatie

De fysiotherapeut heeft bij elke patiënt aangegeven waarvoor de informatie werd gebruikt (zie tabel 1). Bij elk item konden verschillende doelen worden aangekruist. Opvallend is dat informatie over prognose, mededelingen aan de patiënt en voornemens van de specialist voor een zeer specifiek doel nodig werden geacht, namelijk de patiëntenvoorlichting. Gebleken is, dat juist deze informatie bij slechts een klein deel van de verwijzingen als voldoende werd beoordeeld.

Informatie over de verwijsindicatie

Tabel 3. Eerstgenoemde verwijsindicaties bij verwijzing door de medisch specialist.

verwijsindicaties (ICPC-code)	onderzoekspopulatie %	referentiegroep %
acute traumata meniscus en kniebanden (L96)	9,6	7,9
discusdegeneratie met uitstraling, excl. cervicaal (L86)	7,0	6,7
chronisch inwendig trauma van de knie (L97)	7,2	6,4
fractuur van radius, ulna (L72)	3,6	4,0
syndromen samenhangend met cervicale wervelkolom (L83)	4,1	3,9
subtotaal	31,5	28,9
andere verwijsindicaties	67,5	71,0
geen verwijsindicaties	1,0	0,1
totaal	100,0	100,0
	N=690	N=2.070

werd vaak voor meer dan één doel noodzakelijk geacht. Informatie over interventies en pathologisch-anatomische gegevens werd eveneens voor meer dan één doel van belang geacht, maar bij een kleiner deel van de verwijzingen.

Beschouwing

De eerstelijns fysiotherapeut blijkt bij het grootste deel van de verwijzingen informatie van de medisch specialist te ontvangen. De meeste informatie betrof medisch-pathologische aspecten, zoals de verwijfsindicatie. Andere informatie werd bij een klein deel van de verwijzingen gegeven. Met deze informatie krijgt de fysiotherapeut een uitgangspunt aangereikt voor eigen onderzoek en behandeling. Het oordeel van de fysiotherapeut over de informatieoverdracht was redelijk positief. In ruim de helft van het aantal verwijzingen werd de informatie door de fysiotherapeut als voldoende beoordeeld. Opvallend is, dat het oordeel van de fysiotherapeut over één onderwerp: de patiëntenvoorlichting, nogal kritisch was. De fysiotherapeuten stelden met name ten aanzien van de items nodig voor patiëntenvoorlichting dat de informatie te kort schoot; dit betrof de items over prognose, voornemens van de specialist en mededelingen aan de patiënt. Dit is een belangrijke constatering, want het zijn juist deze items die moeilijk in eigen anamnese en onderzoek zijn te achterhalen. De patiënt kent meestal niet alle details en onthoudt bovendien vaak slechts een deel van de verstrekte informatie. Afstemming met de medisch specialist over de patiëntenvoorlichting lijkt

duis zeer gewenst ter verbetering van de samenwerking tussen medisch specialist en fysiotherapeut.

Ten aanzien van het oordeel van de fysiotherapeut kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Ten eerste zijn geen duidelijke criteria beschikbaar waaraan de informatieoverdracht moet voldoen. Het ontbreken van criteria is in het onderhavige onderzoek ondervangen door de vraag naar het belang van de verstrekte informatie: zo is meer inzicht verkregen in de relevantie van eventueel ontbrekende informatie. De gegevens die in dit onderzoek zijn verkregen, zouden een uitgangspunt kunnen vormen voor het formuleren van richtlijnen voor informatieoverdracht. De nu bestaande onduidelijkheid omtrent de gewenste informatie, bij zowel specialist als fysiotherapeut, kan door het opstellen van dergelijke richtlijnen worden gereduceerd.

Ten tweede kan de ontbrekende informatie voor een deel worden afgeleid uit eigen anamnese en onderzoek door de fysiotherapeut. Het feit dat de meer ervaren fysiotherapeut een gunstiger oordeel heeft over de verstrekte informatie lijkt dit te bevestigen. Door de grotere kennis en zekerheid over het eigen fysiotherapeutisch handelen is de behoefte aan externe informatie kennelijk kleiner.

De in ander onderzoek beschreven samenhang tussen informatieoverdracht en de aard van het specialisme komt ook in dit onderzoek naar voren.⁶ De kennis van specialist over de fysiotherapie kan, zoals Uili c.s. opmerken, een rol spelen bij de gevonden verschillen. Voor een deel lijken

de verschillen echter ook te zijn terug te voeren op de aard van de aandoeningen, onder behandeling bij de verschillende specialismen. Zo is bij neurologische aandoeningen de prognose vaak relatief onduidelijk en zal ook de informatie vaak onduidelijk blijven.

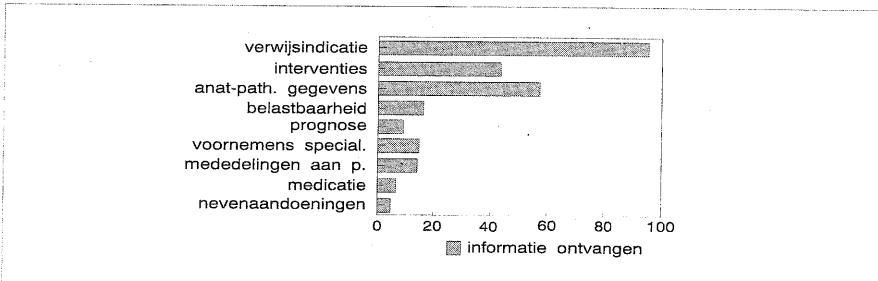
De conclusie van dit onderzoek is, dat de medisch specialist bij veel verwijzingen informatie overdraagt aan de fysiotherapeut, maar dat de inhoud van de informatie nog verder kan worden verbeterd. Deze laatste constatering komt niet onverwacht, gezien de resultaten van eerder onderzoek naar de informatieoverdracht op dit en aanverwante terreinen^{3-5,7-10}. De meerwaarde van dit onderzoek ligt in het feit dat door navraag van het belang van de informatie meer reliëf is ontstaan in dit al te globale beeld van 'verbetering gewenst'. Het feit dat de drie meest gemiste informatieonderdelen (prognose, mededelingen aan de patiënt en voornemens van de specialist) alle voor één doel: de patiëntenvoorlichting, worden gebruikt, maakt duidelijk dat vooral op dit punt de informatieoverdracht verbetering behoeft. •

MW DRS M.E. VAN BAAR,
onderzoeker bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel)

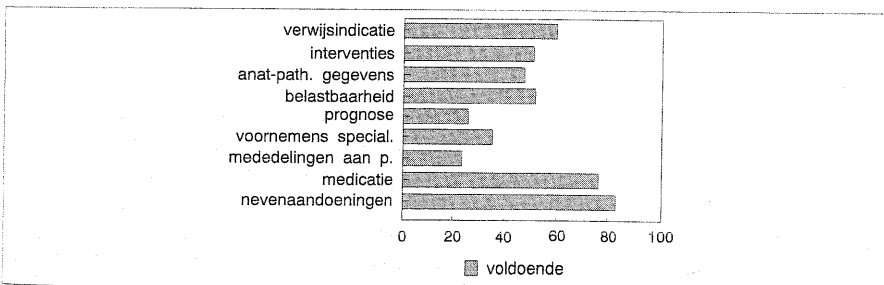
DR J. DEKKER,
projectleider paramedische beroepen bij het Nivel

DR H.V. KOOL VAN LANGENBERGHE,
destijds onderzoeker bij het Nivel

Figuur 1. Informatieoverdracht door de medisch specialist bij verwijzing naar de fysiotherapeut, in percentages (N=690).



Figuur 2. Oordeel van de fysiotherapeut over informatieoverdracht door de medisch specialist bij verwijzing, in percentages (N=690).



Literatuur

1. Beroepsomschrijving fysiotherapeut. Amersfoort: Centraal Bureau Nederlands Genootschap Fysiotherapie, 1986.
2. Curfs EChr, Kool van Langenberghe HV, Kerssens JJ, Dekker J. Basisgegevens extramurale fysiotherapie. Gegevens uit het project 'Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (BEEF)'. Utrecht: Nivel, 1989.
3. Hulme JB, Bach BW, Lewis JW. Communication between physicians and physical therapists. Physical Therapy 1988; 68: 26-31.
4. Lubbers MAI, Smit GH. Samenwerking huisarts-fysiotherapeut. Verslag eerste fase. Utrecht: Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg (O&O), 1988.
5. Scaffardi RA. Study of written communication between general practitioners and a community physiotherapist. Journal of the Royal College of General Practitioners 1989; 39: 375-6.
6. Uili RM, Shephard KF, Savinar E. Physician knowledge and utilization of physical therapy procedures. Physical Therapy 1984; 64: 1523-30.
7. Verhage-Spliet CMTh, Kersten TJJMT. De inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven. Huisarts en Wetenschap 1990; 33: 148-51.
8. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. British Journal of General Practice 1990; 40: 445-9.
9. Jacobs LGH, Pringle MA. Referral letters and replies from orthopaedic departments: opportunities missed. BMJ 1990; 301: 470-3.
10. Kersten TJJMT, Stokx LJ, Meyboom WA. Ontslagberichtgeving aan de huisarts. Medisch Contact 1992; 42: 1229-33.