

Consultatie van de fysiotherapeut in de eerste lijn

projecten
onderzoek

Overleg tussen het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF) resulteerde medio 1990 in een subsidietoekenning voor het project 'Effecten van het Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek' (CFO). Dit project zal twee fasen omvatten. Fase 1 is oriënterend, voorbereidend en experimenteel van aard en duurt 14 maanden.

Op basis van de resultaten van fase 1 wordt een definitief projectvoorstel geformuleerd voor fase 2, waarin een uitgebreide evaluatie van het CFO plaats zal vinden. De verantwoordelijkheid voor de opzet en uitvoering van die evaluatie in fase 2 ligt bij het NIVEL. Om die reden participeert het NIVEL ook in fase 1 van dit project. Naast de direct bij het project betrokken instanties (NIVEL, NHG, SWSF en WVC) zijn de Ziekenfondsraad (ZFR), de Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (VNZ) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) vertegenwoordigd in de voor dit project ingestelde begeleidingscommissie.

Samenwerking

Een belangrijk thema in de huidige vernieuwingsprojecten in de eerste lijn is het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. In deze eerstelijns projecten zien we als doelstellingen: deskundigheidsbevordering, communicatieverbetering en ondersteuning van het behandelbeleid en diagnostiek van de huisarts. Aan de samenwerking huisarts-fysiotherapeut kan het CFO-project een belangrijke bijdrage leveren (1).

Consultatie is in de gezondheidszorg geen nieuw begrip. De huisarts consulteert regelmatig de specialisten in de tweede lijn.

Eind 1990 is het project "Effecten van het Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO)" van start gegaan. Doel van het project is na te gaan of dit CFO voldoende positieve effecten oplevert om tot structurele invoering ervan over te gaan. Vier project-medewerkers leggen uit waar het precies om gaat.

Consultatie van de diverse eerstelijns disciplines door de huisarts komt veel minder voor, hoewel deze disciplines vaak over heel specifieke deskundigheid beschikken. Men kan zich daarom afvragen of de behandelmogelijkheden in de eerste lijn optimaal worden benut. Consultatie geeft de huisarts de mogelijkheid om van de specifieke deskundigheid van de fysiotherapeut gebruik te maken.

Als mogelijke effecten van consultatie worden in de literatuur onder andere genoemd de organisatie van intercollegiale scholing, een betere taakafstemming en een daling van het aantal (onnodige) verwijzingen naar de tweede lijn (2,3).

Consultatie

Consultatie in dit project houdt in dat de huisarts de fysiotherapeut raadpleegt over een specifieke situatie van één patiënt. In de huidige situatie geldt voor de fysiotherapie in het algemeen dat huisartsen vrijwel altijd naar de fysiotherapeut verwijzen zonder voorafgaande consultatie.

Toch verschillen artsen vaak over de noodzaak van fysiotherapeutische zorgverlening en is verwijzing afhankelijk van een persoonlijke visie en ervaring. Met het CFO wordt beoogd dat de huisarts de specifieke deskundigheid van de fysiotherapeut ten aanzien van het houdings- en bewegingsapparaat inzet, om na te gaan of via een consult extra informatie wordt verkregen over fysiotherapeutische behandelingsmogelijkheden in de eerste lijn. De huisarts wordt hierdoor in staat gesteld om in geval van twijfel gerichter te verwijzen en diens behandelbeleid beter af te stemmen op de problemen van de patiënt.

Daarnaast kan door middel van het CFO-project meer inzicht ontstaan in de 'niet zo duidelijke' indicatiestelling voor verwijzing naar de fysiotherapeut.

Behandelbeleid beter afstemmen

Het begrip consultatie als synoniem voor verschillende vormen van overleg tussen huisarts en fysiotherapeut is vaak verwarrend. In het kader van dit project wordt het CFO als volgt gedefinieerd: het CFO is een schriftelijk verzoek van een huisarts aan een fysiotherapeut om bij een bepaalde patiënt een fysiotherapeutisch onderzoek te verrichten met als doel het genereren van informatie ten behoeve van diagnose en prognose, met het oog op het door de arts vast te stellen (be)handelbeleid, dit waar het de fysiotherapeutische (on)mogelijkheden bij een patiënt betreft (1).

Uit de definitie blijkt dat het niet de bedoeling is door middel van het CFO een vrij toegankelijk spreekuur van de fysio-

therapeut te creëren. Het fysiotherapeutisch onderzoek van een patiënt vindt binnen het CFO-project immers alleen plaats op uitdrukkelijk verzoek van de huisarts. Dit betekent tevens dat de huisarts de verantwoordelijkheid blijft dragen voor zijn behandelbeleid.

Problemen huidige verwijsbeleid

Momenteel wordt in het Fysiotherapeutenbesluit (4) alleen gesproken over verwijzing naar fysiotherapie voor behandeling. Zonder een indicatiestelling kan er (formeel) niet verwezen worden. In de huidige gang van zaken stellen (huis)artsen de medische diagnose en besluiten (huis)artsen of er een indicatie is voor fysiotherapeutische interventie.

De toegenomen en toenemende ontwikkeling van het vakgebied van de fysiotherapie maakt het voor huisartsen (en klinisch specialisten) moeilijk om op de hoogte te blijven van de specifieke mogelijkheden van de fysiotherapie.

Uit de resultaten van het project 'Samenwerking huisarts-fysiotherapeut' (5), een project van de Stichting O&O (Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor de eerstelijnszorg) en SWSF, is gebleken dat de geringe bekendheid van de huisarts met de uitgangspunten en de inhoud van het fysiotherapeutisch handelen vaak een adequate verwijzing bemoeilijkt.

Kerssens (6) stelt vast dat huisartsen een beter inzicht krijgen in de mogelijkheden van de fysiotherapie door intensieve samenwerking met fysiotherapeuten.

Bertels (7) heeft aangegeven dat de fysiotherapie doelgerichter kan worden ingezet als in het contact tussen arts en patiënt de fysiotherapeutische deskundigheid op een vroegtijdig moment wordt benut.

Dit onderzoek steunt de hypothese dat huisartsen die intensief samenwerken minder vaak naar specialisten in de tweede lijn verwijzen.

Deskundigheid

Fysiotherapeuten beschikken over specifieke deskundigheid waarmee zij, in relatie tot de medische diagnose, hun fysiotherapeutische (werk)diagnose kunnen stellen (8). Een fysiotherapeutisch onderzoek is nodig omdat in de praktijk is gebleken dat de medische diagnose te weinig basis biedt om het fysiotherapeutisch handelen te sturen. Uiteraard wordt bij het fysiotherapeutisch onderzoek uitgegaan en gebruik gemaakt van de medische diagnose. Het fysiotherapeutisch handelen richt zich

niet zo zeer op de aandoening/ziekte zelf als wel op de gevolgen van de aandoening/ziekte. Het vaststellen van deze gevolgen en belangrijker nog, het vaststellen van de daaraan te onderscheiden behandelbare componenten en het formuleren van einddoelen behoort tot de deskundigheid van de fysiotherapeut. Omdat, net zoals in de revalidatiegeneeskunde, steeds meer aansluiting gezocht wordt bij de terminologie van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) worden de fysiotherapeutische behandelbare componenten in de fysiotherapeutische (werk)diagnose vaak geformuleerd in termen van stoornissen, beperkingen en/ of handicaps van de patiënt (9,10). Samenvattend kan gesteld worden dat het introduceren van de mogelijkheid tot een, in eerste instantie op zichzelf staand fysiotherapeutisch onderzoek, de huisarts een instrument geeft om de fysiotherapeut zodanig in te schakelen, dat de huisarts informatie krijgt die hij kan gebruiken bij zijn diagnostiek en te voeren (be)handelbeleid.

Informatie bij diagnostiek en (be)handelbeleid

De invoering van het CFO in de eerste lijn lijkt tevens een goede mogelijkheid om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt en de communicatie met huisartsen te verbeteren. Kwaliteit van zorg wordt momenteel niet alleen uitgedrukt in doeltreffendheid (effectiviteit) maar ook in termen van doelmatigheid (efficiency) van de zorg. In de nota Eerstelijnszorg en Nota 2000 wordt als beleidsvisie het overhevelen van middelen van intra- naar extramurale zorg genoemd, met als doel de kosten te beheersen door een verantwoord gebruik van 'middelen en diensten'.

Doelstelling en vraagstelling

De doelstelling van het project als geheel (fase 1 en 2) betreft het vaststellen of de invoering van het CFO in de eerstelijnszorg voldoende positieve effecten oplevert om dit CFO structureel in te voeren. Hiermee samenhangend is de centrale vraagstelling: "Bij welke en bij hoeveel patiënten verandert het behandelbeleid van de huisarts als hij door middel van het CFO gebruik kan maken van de fysiotherapeutische deskundigheid; welke extra effecten treden op als gevolg van het CFO en aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan om het CFO in te voeren?"

Dit betekent dat in de (oriënterende) eerste fase van het project de voorwaarden die nodig zijn voor invoering van het CFO, in grote lijnen duidelijk dienen te worden. Daarvoor zijn met name het consultaanvraagformulier van de huisarts (met verwijs- c.q. consultaanvraaggegevens die van belang zijn voor de fysiotherapeut), het rapportageformulier van de fysiotherapeut (de wijze van en verbeteren van de communicatie) en de procedure van belang. Vervolgens zullen huisartsen en fysiotherapeuten geselecteerd worden, waardoor er daadwerkelijk geëxperimenteerd kan worden met het CFO.

Dit ter evaluatie van de procedure, de bruikbaarheid van de ontwikkelde formulieren, verwerking van de gegevens en het gebruik van het CFO in het algemeen (procesevaluatie).

De eerste fase maakt het mogelijk effectvariabelen te formuleren die nodig zijn om de waarde van het project in de vervolgfase (fase 2) te kunnen bepalen.

Dit betekent dat het er in fase 1 vooral om gaat een antwoord te vinden op de vraag of huisartsen met het CFO willen werken en zo ja, voor welke groepen (typen) patiënten dit CFO gebruikt wordt.

In fase 2 wordt bezien in hoeverre consultatie bijdraagt aan een doelmatig verwijs- en behandelbeleid, aan het efficiënt aanwenden van fysiotherapeutische zorg in de eerste lijn en aan de substitutie van zorg.

Relevantie

Het project als geheel kan gevolgen hebben op een aantal verschillende niveaus. Ten eerste op het niveau van de patiënt, omdat door een verbeterde samenwerking en wijze van communicatie tussen huisartsen en fysiotherapeuten de kwaliteit (zowel effectiviteit als efficiëntie) van de zorgverlening toeneemt.

Ten tweede op het niveau van het beleid. Het is reëel te veronderstellen dat het CFO substitutie van zorg van de tweede naar de (goedkopere) eerste lijn teweeg zal brengen. Ten derde op het niveau van scholing.

Uit de resultaten van dit project kan inzicht worden gekregen in gewenste bij- en nascholing, onder meer op het gebied van het gebruik van het CFO, de wijze van communicatie tussen huisartsen en fysiotherapeuten, de noodzakelijke extra scholing voor bepaalde patiëntencategorieën en op het gebied van de indicatiestelling voor verwijzing naar de fysiotherapie. Tenslotte, maar zeker niet minder belangrijk, wordt het methodisch handelen van

fysiotherapeuten gestimuleerd. Hierdoor kunnen openingen gecreëerd worden voor onderlinge (fysiotherapeutische) beroepsinhoudelijke toetsing. Deze aspecten van het 'Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek' zijn van belang voor de beroepsgroep in het bijzonder, maar zeker ook voor beleidsmakers en andere disciplines en instellingen die met de fysiotherapie samenwerken.

drs. H.J.M. Hendriks (SWSF), fysiotherapeut/-gezondheidswetenschapper, projectleider

J.W. Brandsma (SWSF), fysiotherapeut

dr. J. Dekker, klinisch psycholoog, projectleider paramedische beroepen NIVEL

C. Wagner (SWSF), fysiotherapeute

Correspondentieadres:

Stichting Wetenschap en Scholing
Fysiotherapie (SWSF),
Postbus 1161, 3800 BD Amersfoort.
Tel. 033-622980

Literatuur

1. SWSF: Effecten van het Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek, subsidie aanvraag. Maart 1990.
2. Melker RA de. Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut binnen de eerstelijns gezondheidszorg. Ned.T.Fysiotherapie 1981;9:254-60
3. Groenewegen PP, Kerssens JJ en EChr Curfs. Fysiotherapie in de nederlandse gezondheidszorg. Ned.T.Fysiotherapie;1989;2:22-31.
4. Koninkrijk der Nederlanden. Fysiotherapeutenbesluit. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 431, 1977.
5. Rijdt T vd, Lubbers M en Kolker L. Het verbeteren van samenwerking. Eindverslag van het project Samenwerking huisarts en fysiotherapeut. Utrecht: O&O; mei 1990.
6. Kerssens JJ, Curfs EChr en PP Groenewegen. Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg, de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut. Utrecht: NIVEL; 1986.
7. Bertels M. Tijd voor kwaliteit. Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. OSA/SISWO, Amsterdam, 1985.
8. Mischner-van Ravensberg CD, Pauw HJM en van Gestel JLM. De fysiotherapeutische werkdiagnose in relatie tot de medische diagnose. Ned.T.Fysiotherapie 1988;5:104-107.
9. Bangma BD. Bewegingstherapie en revalidatie. Bewegen en hulpverlening 1985;3:172-178.
10. Studiedag SWSF "Fysiotherapie en classificatie". Utrecht, 1987.

91

19/3 ▶ 23/3

EFFICIENCY EN KWALITEIT IN BALANS

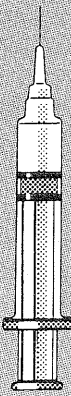
U JAARBEURS
UTRECHT/HOLLAND

- Een internationaal programma op overzichtelijke schaal bijeen. Met 400 exposanten uit 30 landen, directe toegang tot de producten, diensten en systemen van 1.400 fabrikanten.
- Automatiseringssystemen.
- **Belangrijke uitbreiding met "Het Medische Instrument"!** In overleg met de Federatie "Het Instrument" is de sector Medische Technologie (met uitzondering van het laboratoriumprogramma) in de Medica geïntegreerd.

Inlichtingen:

Koninklijke Nederlandse Jaarbeurs,
Postbus 8500, 3503 RM Utrecht.
Telefoon 030-955 911. Telefax 030-940 379.
Telex 47132. Viditel 313616.

MEDICA



INTERNATIONALE TENTOONSTELLING VOOR DE GEZONDHEIDSZORG