

CONSULTATIEF FYSIOTHERAPEUTISCH ONDERZOEK IN DE EERSTE LIJN

Overleg tussen het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) 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. In dit artikel wordt ingegaan op de inhoud en de doelstellingen van het CFO-project.

Inleiding

Een belangrijk thema in de huidige vernieuwingsprojecten in de eerste lijn is het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. In deze eerstelijnsprojecten 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 specialisten in de tweede lijn. 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 afvragen of de behandelmogelijkheden in de eerste lijn optimaal worden benut. 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).

Auteurs tevens teamleden CFO-project
drs. H.J.M. Hendriks, fysiotherapeut/
gezondheidswetenschapper, projectleider
J.W. Brandsma, fysiotherapeut
C. Wagner, fysiotherapeute
dr. J. Dekker, klinisch psycholoog,
projectleider paramedische beroepen NIVEL

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

Consultatie

Consultatie in dit project houdt in dat de huisarts de fysiotherapeut raadpleegt over een specifieke situatie van één patiënt. In het algemeen geldt voor de fysiotherapie, althans in de huidige situatie, 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 persoonlijke visie en ervaring. Met het CFO-project 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 behandelmogelijkheden in de eerste lijn. Daarnaast kan door middel van het CFO-project meer inzicht ontstaan in de 'niet zo duidelijke' indicatiestelling voor verwijzing naar de fysiotherapeut.

Het begrip consultatie als synoniem voor verschillende vormen van overleg tussen huisarts en fysiotherapeut is vaak verwarrend. In het kader van dit project is 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 fysiotherapeut 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.

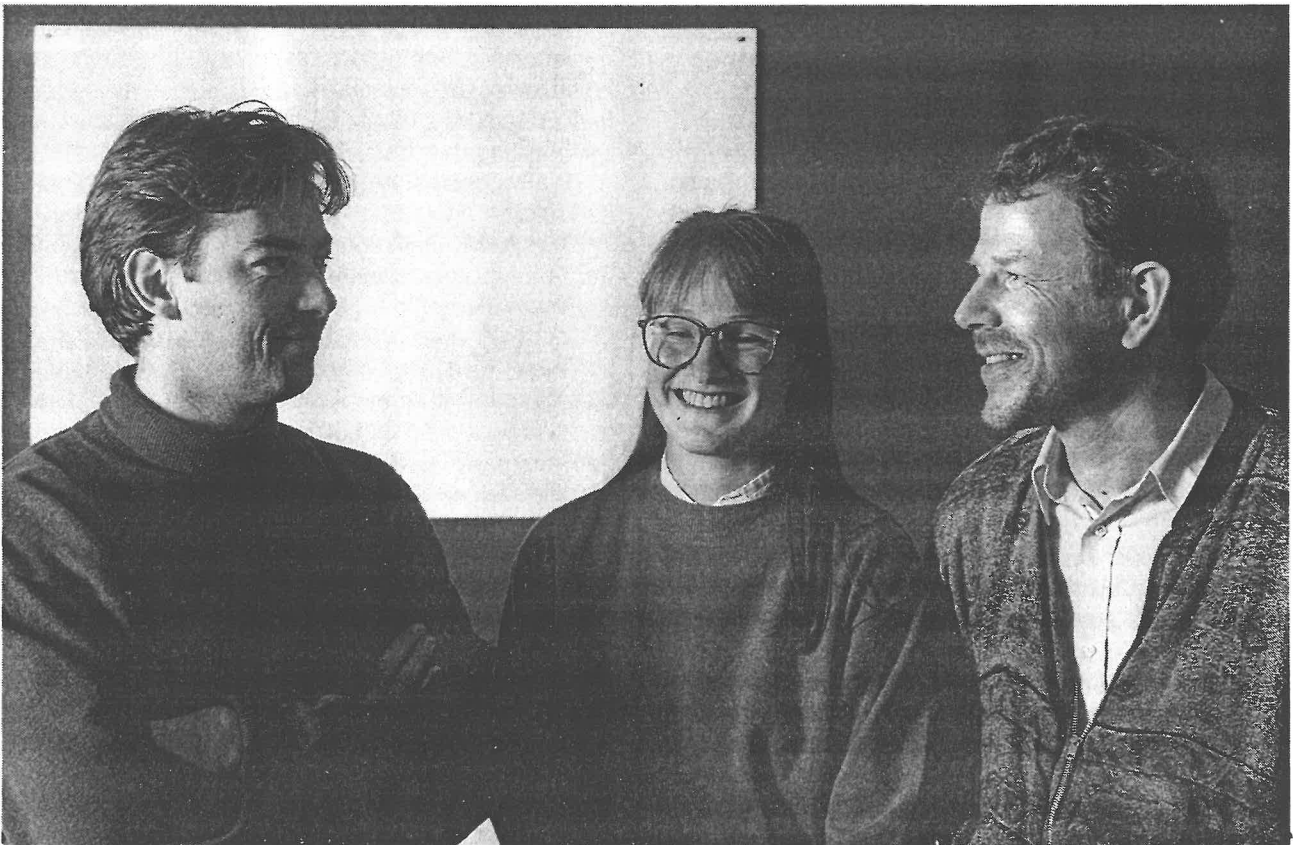
Problemen huidige verwijsbeleid

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.

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



v.l.n.r. Erik Hendriks, Cordula Wagner, Wim Brandsma

het introduceren van de mogelijkheid tot een, in eerste instantie op zichzelfstaand, 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. De invoering van het CFO in de eerste lijn lijkt tevens een goede mogelijkheid de kwaliteit van de zorg voor de patiënt en de communicatie met huisartsen te verbeteren.

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 verwijsc.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, de 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 CFO 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 een CFO gebruikt wordt.

Relevantie

Het project als geheel kan op een aantal verschillende niveaus gevolgen hebben. Ten eerste op het niveau van de patiënt omdat door een verbeterde samenwerking en wijze van communicatie tussen huisartsen en fysiotherapeuten zowel de kwaliteit 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 resulta-

ten van dit project kan inzicht worden gekregen in gewenste bij- en nascholing, waaronder in het gebruik van het CFO, in de wijze van communicatie tussen huisartsen en fysiotherapeuten, in noodzakelijke extra scholing voor bepaalde patiëntencategorieën en in de indicatiestelling voor verwijzing naar fysiotherapeuten. Tenslotte, maar zeker niet minder belangrijk, wordt het methodisch handelen van fysiotherapeuten gestimuleerd. Hierdoor kunnen openingen gecreëerd worden voor onderlinge 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.

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, Kersters 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. Kersters 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, Paauw 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. Beweging en hulpverlening 1985;3;172-178.
10. Studiedag SWSF 'Fysiotherapie en classificatie'. Utrecht, 1987.

