

GEZONDHEIDSSCHADE DOOR (FYSIO-MANUELE) THERAPIE ???

Henk Jan Kooke; Bert Bruggeman; Jan Bruggeman, Fysiotherapeuten

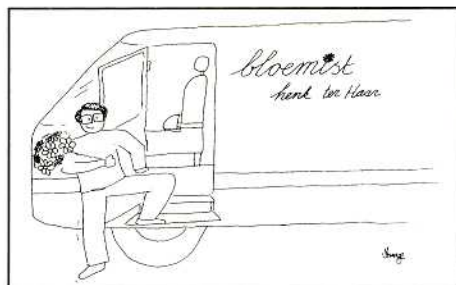
INLEIDING

Fysiotherapeuten, manueel therapeuten, maar ook andere therapeuten dichten hun therapie te gemakkelijk een positief effect toe en als dat effect niet wordt bereikt hanteert men de stelling "baat het niet dan schaadt het niet". Dit is een jammerlijk misverstand. Fysiotherapie en manuele therapie zijn in het geheel niet zo onschuldig, zij hoeven in het geheel geen positief effect te hebben en zij kunnen heel gemakkelijk schaden. De fysiotherapeutische en manueel therapeutische verantwoordelijkheid is veel groter dan in het algemeen wordt beseft. Met enkele casuïstieken en andere voorbeelden zullen wij illustreren hoe groot die verantwoordelijkheid is en hoe gemakkelijk er concrete schade aan patiënten kan worden toegebracht door de negatieve gevolgen van ADL te **onderschatten** en de positieve invloed van fysiotherapie en manuele therapie te **overschatten**. De schade die wordt toegebracht valt globaal uiteen in drie categorieën:

- de behandeling duurt vaak onnodig lang.
- de klachten komen meestal te snel terug.
- door de behandeling zelf wordt soms directe schade toegebracht.

1. MANUELE THERAPIE EN BLOEMIST

Patiënt A is bloemist, die een grote Mercedes bestelbus rijdt, hij maakt vaak lange autoritten. Bij het uit de auto stappen heeft hij moeilijkheden, is stijf, kan moeilijk rechtop komen, na een tijdje heen en weer drentelen krijgt hij zichzelf weer in het lood. De laatste keer ging dit niet meer, hij had wat meer dan anders over hobbelige wegen gereden, bij het uitstappen een soort knak gevoeld, kon absoluut niet meer rechtop komen, strompelde naar huis en liet zich daar uitgeteld op de bank vallen. De huisarts verwees hem naar een befaamd manueel therapeut, die hem een keer of tien "kraakte". Na elke behandeling voelde hij zich wel wat beter, tenminste als hij er wegkwam. Maar de klachten kwamen steeds gemakkelijk terug bij zijn werkzaamheden. Hij klaagt hierover bij zijn huisarts. Deze verwijst hem naar de individuele rug-



afb. 1: niet gek zo'n rug steuntje

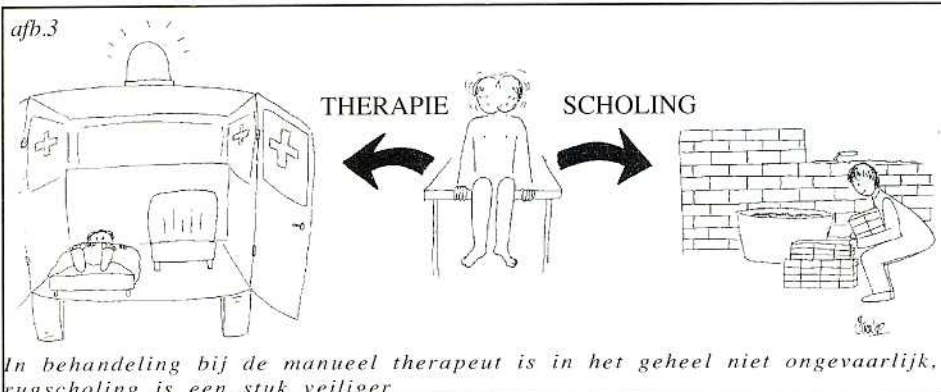
school. De voorlichting maakt hem duidelijk dat zijn klachten wel steeds terug **moeten** komen. Uit zichzelf merkt hij op dat manuele therapie ook niet zoveel zin heeft, als het toch van het zitten komt. Hij ontvangt een lordose zitsteun en een beschermende gordel. De zitsteun voor in de auto, de gordel voor als hij veel moet bukken en tillen bij het laden en lossen van de auto. Verder geven wij hem wat oefeningen, extensie-oefeningen, voor in lig, in stand en in zit, o.a. achter het stuur. Ook adviseren wij hem zijn autoritten te onderbreken en wat extensie oefeningen op de parking langs de weg uit te voeren. Patiënt is na twee dagen volstrekt klachtenvrij en verbaast zich uitermate over het feit dat zo'n goede manueeltherapeut hem niet sneller van deze eenvoudige rugklacht kon afhellen. Wij geven hem geen uitvoerige rug-scholing, maken hem er wel op attent voor het geval hij zijn rugklachten terug mocht krijgen. Op dit moment lijkt de gezondheidsbescherming bij zitten en bukken voldoende. Na twee weken brengt hij de gordel terug, alles gaat voorspoedig, ook zonder gordel heeft hij geen last.

2. MANUELE THERAPIE AUTOVAKANTIE EN OPERATIE

Patiënt B is twee weken, vlak voor zijn vakantie, onder behandeling geweest bij een fysio/manueeltherapeut, met een als "low back pain" gediagnosticeerde rugklacht, met naar de bil trekkende pijn. Hij had een beetje in de tuin geknoeid, mooi eigen ontwerpje, helemaal zelf uitgevoerd, bij het pas gekochte huis in een nieuwbouwwijk. Veruit de mooiste tuin, doorbroken door een, ook weer zelf aangelegde, in siersteen bijpassende oprit. Menig kruiwagentje zand is er verzet. De met bielzen omzoomde tuin heeft ook een mooie ruim aangelegde vijver, diep uitgegraven in grillige vorm, hierbij heeft hij wel wat assistentie gehad van

zijn bijna twintigjarige zonen, maar het meeste is puur eigen werk. Overdag heeft hij een baan als tekenaar van montageprojecten, iets met brandblussende sprinklers in plafonds. Het werk komt hem niet aan de kleren, een afwisselend zittend en staand uitgevoerd werk. De fysio/manueeltherapeut constateert drukpijn en blokkering ter hoogte van rechter S.I.-gewricht, een fluitje van een cent, een paar stootjes in combinatie met wat rekkingen en een pijnstillende en ontspannende massage voor een al te gespannen spier in de bilregio zullen de genezing snel in zicht brengen is het overtuigende verhaal van deze vakman. De vakantie kan wel doorgaan, dat is geen probleem. Patiënt B. heeft de manuele karate met stijgende verbazing en bewondering ondergaan. Hij was nog niet van de schrik van de onverwachte klap bekomen, of zijn benen werden in de knup gelegd en er gelukkig ook weer uitgehaald, om de onwillige spier tot ontspanning te dwingen, volgens de expert. Als hij suizend van de elektrisch in hoogte verstelbare manipulatiebank naar beneden was gedaald, begon de beul met zijn volle gewicht zijn bil te penetreren, de daarop volgende fricties van deze ellendige opstandige spier moest hij met een verbeterd gezicht, gekreun en angstzweet ondergaan. Geheel vrijwillig heeft hij zich een aantal keren per week gemeld om deze mishandeling en marteling met een masochistisch genoegen te ondergaan, dit kon immers zijn vakantie redden. De manueeltherapeut redt het, in de hem krap toebedeeld tijd van twee weken. Een wonder is geschiedt, de vakantie kan doorgaan, de rugpijn is bijna weg, met bukken en zitten voelt hij nog wel wat, s'ochtends nog wel wat stijf, zijn sokken aantrekken gaat met moeite, maar daar kan hij rustig mee op vakantie werd hem verzekerd. Einde juli vertrekt het gezin, richting de Jura, een wijngedebied in Frankrijk, veel zongaan ze tegemoet. Met een bij het land passende Franse auto en een Kipcaravan op sleeptouw starten ze de reis. De rugpijn is nog wat vaag aanwezig, maar dat mag geen naam meer hebben, vakmannetje bij gehad, mooi een paar weekjes vakantie erover heen en dan is dat probleem weer achter de rug en komt het nog eens terug, dan heeft hij mooi een goed adresje, waar hij er zo weer afgemarteld wordt. Na zo'n 200 kilometer, bij het bereiken van de Belgische grens zijn er wat problemen, niet met de douane of met de auto, maar met de rug, hoe kan dat nou, die spier doet niets en er kan toch ook niks

vast gaan zitten als je niets anders doet dan zitten, toch lijkt dezelfde pijn op te komen, niet aanstellen gewoon doorgaan. Zijn vrouw bemerkt de problemen aan zijn wat vertrokken gezicht. "Is er wat"? "Mijn rug, maar het valt wel mee". "Zal ik rijden"? "Niks ervan, ik ben geen klein kind". "Laten we dan even stoppen". "We zijn net onderweg", zijn flarden van de communicatie tussen de echtlieden. De zoons ontgaan de problemen, zij zitten met de walkman op, op de achterbank en wanen zich bij een concert van Guns and Roses (afb. 2). Het valt echter in het geheel niet mee, bij Luik wordt de situatie achter het stuur onhoudbaar, de pijn wordt heviger en begint het been in te trekken. Patiënt B. moet stoppen, de laatste kilometers snakt hij naar een afrit, uit de wagen komt hij met moeite en alleen met behulp van zijn zoons. Hij hangt over de wagen, er volgt gezinsberaad, verder en hoe of maar terug. De teleurgestelde jongensgezichten doen tot doorgaan besluiten, wat zaken uit de laadruimte van de Break worden naar de Kip verhuist, de jongste krijgt een zitplaats in de laadruimte van de Break, de oudste verhuist naar voren en Ma neemt plaats achter het stuur. Patiënt B. ligt op de achterbank met pijnstillers, die Ma altijd voor haar migraine bij zich heeft. Het liggen en de pijnstillers brengen de pijn terug tot draaglijke proporties, een juiste beslissing, wel fijn zo'n ruime auto, die dit mogelijk maakt, de jongens zetten de walkman weer op. Bij de volgende stop blijkt nog niet alles koek en ei, alléén het liggen blijkt goed te gaan, opkomen tot zit en uit de auto komen zit er niet in. Iedereen neemt wat tot zich, Pa nuttigt een broodje en een blikje cola in zijlig. Om 14.00 uur arriveert de tot ambulance gemodificeerde Break bij de camping in de Jura, een mooi meer, prachtig weer, de vakantie kan beginnen. Pa voelt zich redelijk, hij heeft nog een dutje gedaan onderweg, van het meer ziet hij niks, net zo min



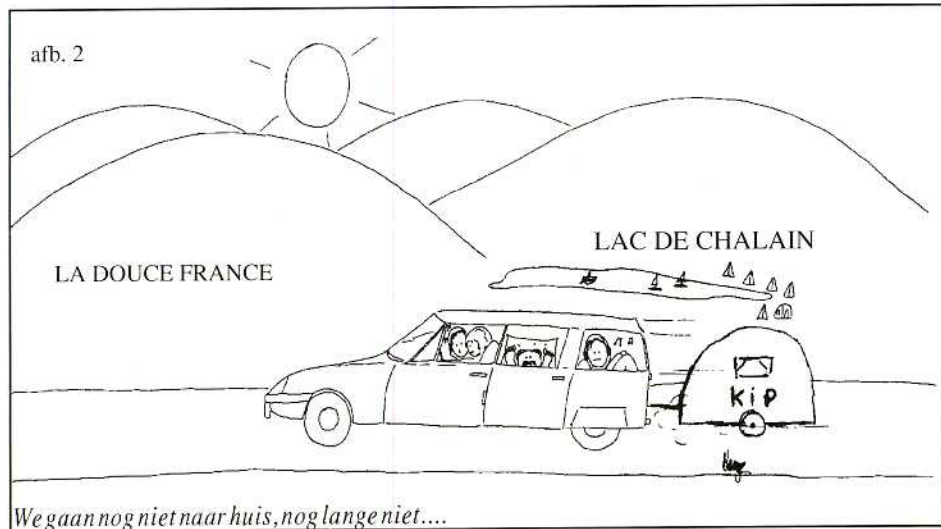
In behandeling bij de manueel therapeut is in het geheel niet ongevaarlijk, rugscholing is een stuk veiliger

als hij iets van de omgeving gezien heeft, een stralende hemel en een in zijn gezicht schijnende zon en de achterkant van de stoel van zijn oudste zoon zijn slechts zijn panorama geweest. Ook nu gaat het opkomen moeilijk en niet zonder hulp, dan maar wat meer liggen, veel anders doe je toch niet in de vakantie, zegt hij nog gekscherend. Patiënt B. wordt liefdevol naar een ligplaats in de Kip getransporteerd. Ma en de zoons komen met het gesproken woord van patiënt B. door het open raam van de Kip en wat assistentie van behulpzame burens tot installatie van de caravan en zijn voortent, het vakantiefeest kan beginnen. De jongens gaan zich inschrijven voor een basketbaltoernooi, enthousiast komen ze terug, overmorgen lekker basketballen, hun favoriete sport nog wel, met nieuwe vakantie-vrienden. Het einde nadert echter plotseling en onherroepelijk. Pa is naar het kleine Kip-toilet geweest en er bijna gillend weer afgekomen, de rugpijn heeft onherroepelijk toegeslagen, net als de pijn in het been, zijn tenen tintelen en hij voelt kramp in zijn kuiten. De Franse arts vertrouwt het niet, hij stelt opname in het ziekenhuis voor, patiënt B. wil dan terug naar Nederland. Met een ambulance wordt hij afgevoerd, weer ziet hij niets van het mooie meer. De volgende dag helpen de burens op de camping weer, nu met afbreken, van basketballen komt niets

meer. Ma weer achter het stuur, de walkmans staan nog harder, Guns en Roses kunnen hun teleurstelling niet overschreeuwen. De terugreis wordt begonnen van wat geen vakantie werd, het mooie meer doet nu zeer. Pa wordt geopereerd, een hernia L5/S1. Heeft U de blokkering nu los gemaakt, vraagt hij de neurochirurg. Bij een manueeltherapeut geweest zeker, antwoordt deze en legt hem uit hoe de HNP ontstond en dat die blokkeringen met de grote duim te maken hebben. Hij had beter niet zo'n lange autorit kunnen maken, of deze direct liggend moeten beginnen en men had hem moeten leren zijn rug goed te gebruiken (afb. 3). De neurochirurg geeft hem een "goed" adresje van een Mensendieck lerares, het andere goede adresje streept patiënt B. uit zijn agenda.

3. MANUELE THERAPIE EN NEUROCHIRURG

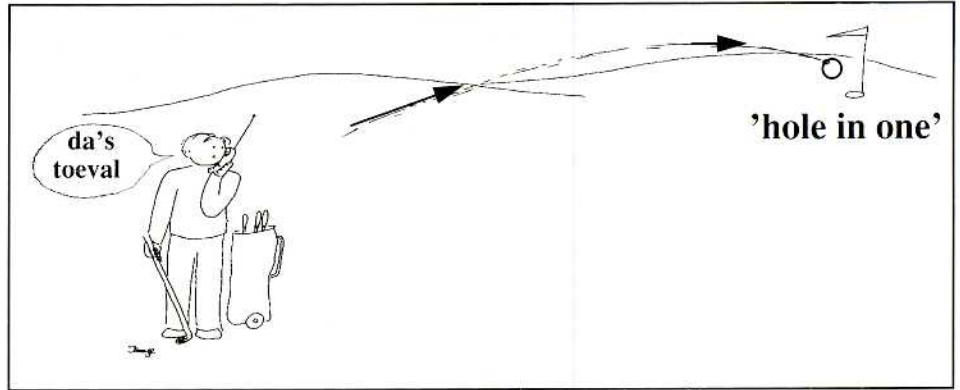
Een docent manuele therapie te Eindhoven beantwoordde de vraag naar zijn behandelvoorstel bij duidelijke hernia-achtige klachten als volgt: hij hanteert dan de "Hole-in-one" techniek. Zijn "hole in one techniek" gaat zo: met de telefoon in de hand - een rechtstreekse verbinding met de neurochirurg is zo gelegd, voor het geval er iets mislukt, er een paraplegie of een caudasyndroom ontstaat, zodat er ogenblikkelijk geopereerd kan worden - zou hij trachten de hernia weer op zijn plaats te krijgen (afb. 4). De docent heeft zelf ook een dreigende hernia, hij staat helemaal scheef. Hij moet steunen tegen een deur bij het beschrijven van zijn "hole in one" techniek. Hij hoopt maar dat zijn hernia gauw doorbreekt, dan kan hij geopereerd worden en is hij er weer snel vanaf. Velen luisteren aandachtig en lijken nauwelijks te beseffen wat een onverantwoorde, stupide kletspraat hier uitkraamd wordt. H.N.P.'s manipuleer je niet, (veronderstelde) radiculaire compressie is immers een absolute contraïndicatie (10). Sommigen lijken in gedachten verzonken, toch zo gek nog niet zo'n lidmaatschap van de golfclub, kun je al golvend mooi een relatie opbouwen met een neurochirurg om zo'n "Hole in one" uit te proberen. Velen lijken



We gaan nog niet naar huis, nog lange niet....

**EEN MANUEEL THERAPEUT
MET EEN H.N.P. IS ALS
DR. MEINSMMA
MET EEN SIGARET OP DE TV**

hun gezond verstand thuis te hebben gelaten, al of niet geëxtrudeerde nucleï, herniaties, zijn immers geen golfballetjes waar men even tegen aan kan slaan, laat staan dat er een hole in de buurt is, waar ze in kunnen rollen. Ten eerste zie je de hernatie niet. Ten tweede weet je niet waar de hernatie zich exact bevindt, welk niveau, mediaal of lateraal van de wortel, wel of niet geëxtrudeerd, zijn zo vragen, die alléén met daartoe geëigend onderzoek zijn vast te stellen (CT-scans, discografie, M.R.I. e.a.). Ten derde is manuele therapie geen golfstick, waarmee je een directe, gerichte en genuanceerde kracht op een hernatie kunt uitoefenen. Manuele therapie bij herniaties is derhalve een pure gok, een slag in de lucht, een handeling die men dient na te laten bij patiënten met wiens gezondheid men is begaan. Met mensen doe je niets op de gok, dat doet men met operaties toch ook niet, gaat U maar liggen mijnheer, wij maken U wel open op de gok, daar neemt toch niemand genoegen mee. Met manuele therapie kan dat evenmin, de mens is geen proefkonijn. Deze docentencasus laat wel heel duidelijk zien hoe gezondheidsbedreigend manuele therapie kan zijn en hoe beperkt de visie op de biomechanica van de wervelkolom in deze instituten nog is. Als dezelfde theorieën ook cervicaal gehanteerd worden ontstaan er zelfs levensbedreigende situaties. Je moet er toch niet aan denken, een dreigende cervicale H.N.P., het ruggemerg daar achter, de arteria vertebralis in de buurt en dan zo'n ongeletterde manueel therapeut met zijn "Hole in One" voor ogen, die niet beseft dat een cervicale dwarslaesie het gevolg van zijn geknoei kan zijn. Ongetwijfeld zal deze manueel therapeut zijn patiënten met dit



afb. 4 Daar ben ik ook net mee bezig

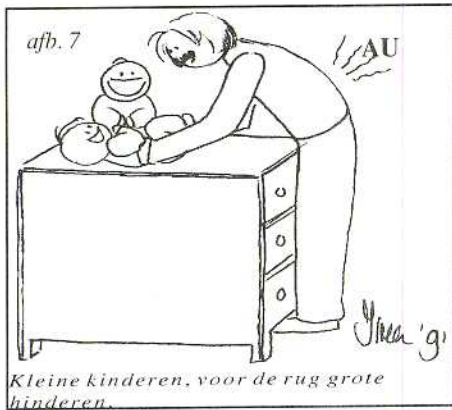
soort klachten tot vervelens toe manipuleren (zie casus 1) en hen de nodige individuele rugscholing onthouden, die hij ook zelf hoog nodig heeft. Van onthouden is eigenlijk ook geen sprake, het is nog veel erger, de fysio/manueeltherapeut van tegenwoordig kan een patiënt niet eens meer leren hoe deze zijn rug moet gebruiken (afb. 5 en 6), hij weet zelf niet eens hoe het moet. Een beetje fysio/manueel therapeut hoort toch exact te weten hoe deze klachten door foutief ruggebruik ontstaan en dat het aanleren van veilig ruggebruik dringend geboden is. Een beetje vakman fysio/manueeltherapeut krijgt geen HNP-achtige rugklachten, hij gebruikt zijn rug gewoon goed, dit is hij zijn patiënten en vak verplicht. Veel neurologen en neurochirurgen constateren dit manco en waken er wel voor dubieuze "hole in one" relaties met manueeltherapeuten te onderhouden. Zij weten zeer veel beter en verwijzen dan liever naar Mensendieck of César, daar wordt tenminste geoefend (al is het ook gecontraïndiceerd) en het KNGF staat erbij en kijkt er naar. Zij bouwen hele manuele gebouwen naast haar hoofdkantoor om de fysiotherapie nog verder te ontcrachten. Dat er binnen het beroep dat zij vertegenwoordigt aan fysiotherapeuten vooral moet worden geleerd hoe zij patiënten met rugklachten met hun rug moeten leren omgaan, kortom dat zij individuele rugscholing aan patiënten moeten kunnen

geven, dat laat men liever aan Mensendieck, César leraressen over. De eerste de beste stokoude heilgymnast is dan ook zeer waarschijnlijk tot meer in staat dan de huidige moderne fysio- manueeltherapeut. Wat een inhoudelijke vooruitgang is er in 100 jaar binnen het KNGF geboekt. De vraag waar staan die letters eigenlijk voor dringt zich wel erg sterk op, is het nu het Koninklijk Nederlands Genootschap voor of tegen Fysiotherapie. Zij zullen het wel goed bedoelen, maar zien de mogelijkheden van het vak niet, een soort bedrijfsblindheid heeft duidelijk post gevat. Het lijkt nodig dat er echte fysiotherapeuten wakker worden, die er eens flink de bezem doorhalen en bijvoorbeeld van die manuele gebouwen een modern rugschoolcentrum maken. Het lijkt hier warempel België wel, daar houden de voorzitters en secretarissen van de VKV (Vlaams Kinesisten Verbond) zich ook meer met manuele cq. osteopathische zaken bezig dan met de kinesiotherapie, die zij laten verworden. Daar ontstaat zo langzamerhand een situatie dat beter van een Vlaams Krakkers Verbond kan worden gesproken. Houden wij dat hier nog tegen?

**4. DE OPLEIDING (1)
TE LICHAAMSGERICHT**

In een les onderzoek en behandelen onder leiding van een vooraanstaand docent - zo eentje met een zeker charisma die je doet vergeten dat jezelf toch moet blijven nadenken- moet het manueel therapeutisch onderzoek en de bijpassende therapeutische manipulatie en plein publiek worden gedemonstreerd bij een patiënt. Het betreft een man van rond de dertig jaar met al een paar jaar last van de rug en toenemende uitstraling. Hij heeft een zittend beroep en doet niet veel aan sport. De anamnese wordt door de docent in het algemeen afgenomen. Hij legt de nadruk op zaken als pijn, pijn beleving, lokalisatie, waar zit de uitstraling en tot waar komt deze, is er sprake van krachtsverlies etc., etc. Er werd weinig tot niets gevraagd over de klachten provocerende belasting. Eén van de leerlingen moet nu zijn kunstje vertonen en de manueelthera-





peutische diagnose stellen en daarna de de bijbehorende de rugklachten oplossende manipulatie uitvoeren. Veertig collega's, zien toe hoe iemand het haasje is. Hun kritische ogen staan op scherp, op de gegarandeerd in de fout schietende haas gericht. Deze haas raakt immers zeker verstrikt in onderzoek, diagnose, handvatting, fixatie, lokalisatie of driedimensionale uitvoering. Hij moet aan zoveel tegelijk denken, vooral aan wat de docent van hem wil zien of horen, dat alleen met een maximale concentratie op de uitvoering en een stevige rem op het gezonde verstand een zesje gehaald kan worden. Het loopt echter anders, dit keer geen angsthaas, die zichzelf jaren wegcijfert, alleen vanwege het bij de eindstreep wachtende diploma, dat geluk, geld en status moet brengen. Een nuchtere Nederlander, meer ijskonijn dan angsthaas, wenst op eigen verstand en redelijkheid te varen. In de praktijk ervaart hij dagelijks hoe belangrijk het is om naar de invloed van het dagelijks leven op de klachten van de patiënt te vragen. Alvorens met het onderzoek te beginnen, wil hij toch gaarne nog wat dieper op de anamnese ingaan. Hij vraagt de docent vriendelijk of hij een aantal vragen dienaangaande mag stellen. Daar waar de docent met de mededeling dat de patiënt licht werk verrichtte, tevreden was, leek het hem zinnig hier wat nader op in te gaan. De docent is wat verbaasd, is er dan nog iets belangrijker dan de manuele diagnostiek lijkt hij te denken. Maar goed het mag, maar kom wel snel tot de essentie voegt hij er nog veelbetekenend aan toe. De belasting anamnese van de student manuele therapie begint. "Wat houdt uw lichte werk precies in meneer". "Nou ik heb geen bijzonder werk, gewoon licht werk, dus dat heeft er niks mee te maken." "Ja, maar, wat is uw werk dan precies". "Nou echt niks bijzonders hoor". "Nee, maar ik wil het toch wel graag weten". Het werk blijkt uiteindelijk kantoorwerk te zijn, hele dagen achter een computer zitten, de boekhouding doen voor een aannemersbedrijf. Hij heeft deze meer zittende baan nu drie jaar, daarvoor heeft hij een scala van meer afwisselende baantjes via het uitzend-



bureau gehad. "Mijn klachten zijn, nou u het mij vraagt, ook pas begonnen in deze kantoorbaan". "Ja, dat is waar ook, een paar maanden na het begin van mijn computerbaan zijn mijn rugklachten begonnen". "Verdraaid nu we het er toch over hebben, na lang zitten in de auto verergeren mijn rugklachten ook" zijn zo van die zinnen, die bij hem opwellen. "Maar zitten is toch niet iets waar je rugklachten van krijgt", vraagt hij zich verbaasd af. Als de student verder vraagt, of de patiënt kinderen heeft, is het gelach niet van de lucht. De veertig medestudenten hebben ogenblikkelijk in de gaten dat hier iemand op een onvoldoende afstevent. De docent begint onrustig te worden, of de student nu eindelijk met het veel belangrijker manuele onderzoek wil beginnen en de manuele diagnose wil gaan stellen. Of de patiënt dan nog wel even de vraag mag beantwoorden, vraagt de student, dit mag. De patiënt heeft kinderen in de leeftijd van 0 en 2 jaar. De vragensteller, zelf getrouwd en vader van twee kleine kinderen, weet hoeveel beslomeringen het met zich meebrengt, als zoonlief besluit 's nachts de luier te bevuilen en dat kenbaar maakt door aanhoudend te blijven huilen. Hij vraagt nu naar de ervaring van de patiënt in dezen. De manuele klas ligt nu geheel dubbel. Dit wordt een jaar over doen, op zijn minst, een brief thuis, om te stoppen met de studie lijkt nog veel waarschijnlijker. De patiënt verklaart ook dat hij vaak de baby op een laag bedje van een schone luier moet voorzien en hij zeer regelmatig slechts met moeite weer overeind komt, ook het in bed



doen en uit de box halen bezorgt hem de nodige moeilijkheden. De klas kan haast niet tot bedaren komen en luistert nauwkeurig. De docent, die het luiergebeuren al jaren achter de rug heeft, vindt dit alles weliswaar reuze aardig en charmant, maar poep-luiers zijn voor een manuele diagnose toch niet echt relevant, dat moge duidelijk zijn. Hij verzoekt de student nu met klem door te gaan, ietwat cabaret is leuk op zijn tijd, maar dit gaat ten koste van de manuele (micro-)diagnostiek, zo eenvoudig is het immers niet om de driedimensionale wervelblokkeringen vast te stellen en ze met specifieke fixatie en lokalisatie tot verdwijnen te brengen, laten we wel wezen. De student wil nog iets zeggen in de trant van, maar het is toch zeer overduidelijk dat we hier met vooral door flexiebelasting geprovoceerde rugklachten te maken hebben en we moeten deze patiënt vooral ervan bewust maken dat hij moet oppassen met zijn ruggebruik, we moeten hem toch beschermen tegen deze voor hem gevaarlijke belastingen en manipulatie is hier eigenlijk in het geheel niet geïndiceerd, sterker gevaarlijk. Hij krijgt de kans niet, hij mag gaan zitten en als hij dit te gevaarlijk vindt mag hij het zitten er ook afdalen en alleen gaan. De volgende 30 minuten stelt een medestudent de diagnose L4 geblokkeerd, met name het linker inferieure facet, vooral de flexiebeweging is onmogelijk, in mindere mate is de lateroflexie naar links ook beperkt in dit segment. De docent conformeert zich aan deze diagnose, stelt echter aanvullend nog een bekenscheefstand t.g.v. een blokkering van het rechter SI-gewricht vast. Iedereen beaamt geïnteresseerd deze aanvulling van de vakdocent. De student van de belastings-anamnese zegt dat hij het nog niet zo duidelijk ziet, de docent kan zich dit voorstellen en vraagt of de luierspecialist misschien een strontje in zijn oog heeft. De student ontkent dit en spreekt het vermoeden uit dat de docent zijn ogen vol heeft met hetzelfde goedje. Hij beseft dat dit het einde van zijn manuele carrière is, daar heeft hij geen spijt van, het lijkt hem hoogst onverstandig zich dit soort bewijsbaar onjuiste en gevaarlijke therapieën eigen te maken. De collega vader en patiënt spreekt hem op de gang nog aan,



toch zo gek nog niet die vragen van u, ik geloof dat ik eens wat meer moet oppassen met dat bukkende en zittende werk, volgens mij zit daar een duidelijk verband tussen. Heel verstandig, heel verstandig, zegt de student. Toch leuk dat er nog iemand met zijn volle verstand in de zaal aanwezig was en de patiënt is zo gek nog niet, denkt hij op de terugweg naar huis.

5. FYSIOTHERAPEUT MET RUGKLACHTEN

OPLEIDINGEN (2)

Patiënt 32 jaar, beroep fysiotherapeut. Na het behalen van het fel begeerde diploma hervat de jonge fysiotherapeut zijn geliefde sportieve activiteiten, tennis, schaatsen, squash, hardlopen en wielrennen, hij heeft er een tijdje niet veel aangedaan in verband met de studie. Het valt hem ineens op dat schaatsen problemen geeft. Vooral het weer omhoog komen is een pijnlijke aangelegenheid. Gaandeweg worden ook andere activiteiten wat vervelender. De jonge fysiotherapeut denkt dat het wat ongewoon is, even wennen, wat spierpijn, niet aanstellen, psychosomatisch vraagt hij zich nog af. Deze differentiaaldiagnose verwerpt hij, dat had wel tijdens de opleiding gekund, maar nu in de geslaagde status is dit geen optie om zich zorgen over te maken. Op een goede morgen tijdens het spoelen van z'n mond krijgt de fysiotherapeut z'n hoofd niet meer uit de wastafel. Hij kruipt naar boven en ligt plat met een spit aanval, een andere houding is niet meer mogelijk. De dagen daarna zijn erg onplezierig, niet alleen het lichamelijke lijden, de plotselinge afhankelijkheid, de hulpeloosheid geen oplossing te weten, terwijl dit notabene zijn vak is. Hij beseft niet eens te weten wat het feitelijk is, die spit, wat is er eigenlijk kapot, geen enkel idee heeft hij. Daar waar hij voor zijn patiënten altijd zo vol met oplossingen zit, ligt hij nu met de mond vol tanden. Gelukkig zijn die nog nuttig om de pijn en de ergernis te verbijten. Dat is ook hard nodig, een starten de piepkleine zelfstandige, met de nodige hypotheek en de eigen risicotijd van de AOV verzekering, die te ruim bemeten is, naar nu blijkt. Wat kon hem nu overkomen, even een paar jaartjes hard werken, dan zing ik dat half jaar eigen risico wel uit en als ik eerder ziek ben, dan werk ik in tegenstelling tot al die dienstkloppers toch gewoon door, een beetje koorts, daar lach ik om, was zijn gedachte geweest. Na een week begint hem dat lachen al knap moeilijk te vallen en als iemand hem al zover krijgt om toch te blijven lachen, dan begint die rot spit weer op te spelen. Hij begint zich zorgen te maken als al die draagbare duur behypotheekte fysiotherapeutkapparatuur hem alleen de eerste vijf minuten wat lijkt te helpen. De ultrageluid laat hij opvoeren tot maximale prestaties, de stro-

men jaagt hij tot brandblaren toe door zijn lichaam. Hij begint zijn vrouw, ook fysiotherapeute, ervan te verdenken dat zij haar vak niet verstaat. Na twee weken weet hij het zeker, zij is slechts fysiotherapeute en spit gaat haar boven de pet. Zijn klachten verdienen een gespecialiseerde collega, die zich wat meer in de geheimen van de spit heeft gespit. Hij besluit tot een bezoek aan een manueeltherapeut, deze pakt de zaken serieus aan. Een uitvoerig onderzoek, van k(t)op tot teen wordt zijn lichaam bevoeld en bekeken, dat deed zijn vrouw niet, tenminste niet bij het vaktechnische gedeelte van hun relatie. Het S.I.- gewricht en hoog CWK zijn de boosdoeners stelt de manueeltherapeut vast, logisch dat er met zulke blokkeringen een spit ontstond. Die logica ontging de fysiotherapeut weliswaar, maar dat hing mogelijk samen met zijn beperkte opleidingsniveau opperde de manueeltherapeut. Helemaal niets van spit wetend restte de fysiotherapeut weinig anders dan te beamen dat dit het geval kon zijn. De S.I.- en cervicaal blokkering werden verholpen, althans volgens de tast en test van de manueeltherapeut. De manipulaties geven de fysiotherapeut het idee, zeker ook door de sympathieke en indringende

ONDERVIND SPIT AAN DEN LIJVE EN JE BENT GENEZEN VAN THERAPIE

vragen van de manueeltherapeut, dat het wat beter gaat, tenminste als hij van de behandelafel stapt. Zitten en bukken geven nog de nodige problemen. Na nog een week van voorzichtig doen, veel liggen en wat deblokkeringwerk van de manueeltherapeut wordt het werk hervat om de definitieve financiële teloorgang te voorkomen. De combinatie massage van de echtgenote fysiotherapeut, die de spit maar niet kan vinden, een paar deblokkeringen van de "specialist manueeltherapeut", het schoot nog wel eens weer vast schijnbaar, en de voltaren van de huisarts stelden hem in staat nog wat macht-igingen vol te werken van tenminste een aantal collega spitlijders, met wie hij zeker meer begaan was dan voorheen. Hij kreeg ook last van enig schuldgevoel, hij had immers aan den lijve ondervonden hoe weinig al die op hem losgelaten therapieën hadden geholpen en hoe mager zijn spitkennis was. Zijn geweten overwoog nog iedereen met spit maar door te sturen naar de manueeltherapeut, deze gedachte moest echter verdrongen worden in verband met voornoemde financiële lasten.

DE OGEN GEOPEND

Jaren na dato van deze spitellende - terwijl de fysiotherapeut inmiddels, op instigatie van en gefrustreerd door de "specialist" manueeltherapeut, enthousiast aan een cursus manuele therapie was begonnen, om toch maar achter de geheimen van de spit te komen en zijn patiënten beter te kunnen helpen - werd hem ineens duidelijk wat zijn spit geweest was. Op een cursus individuele rugscholing van de ST.E.P. vertelde een zich vrij en duidelijk uitende docent, die niet de intentie had hem te overtuigen, hoe primair discogene aandoeningen in elkaar zaten, hoe hoge intra-discale drukwaarden tot anulusdorsies en o.a. spit konden leiden en waarom therapieën, inclusief manuele therapie niet echt konden helpen. Hij kon met zijn persoonlijke spitervaring en de verhalen van de onder zijn behandeling zijnde patiënten, niets anders, dan het toch vrij vervelende en wat irritant gebrachte verhaal, beamen. Vervelend omdat hij immers veel energie, tijd en geld had gestoken in fysiotherapie - en manuele therapie opleidingen en het hem duidelijk werd dat hij op het verkeerde paard had gewed, veel tijd en kosten voor niets waren geweest. De logica en wetenschappelijke onderbouwing (3, 11) waren te onomstotelijk om ze te kunnen negeren. Dit tezamen met de winst voor de spitpatiënt deden de verloren tijd en "gekrenkte trots" vergeten, maar het was beslist wel even slikken.

NOOT VAN DE FYSIOTHERAPEUT SPITLIJDER

Inmiddels al weer jaren na de datum van de eerste schrik en schok der herkenning, kan ik nog steeds volmondig zeggen blij te zijn een andere, preventieve weg te zijn ingeslagen. De beroepseer, het gevoel van vakmanschap, de dank van de met een preventieve aanpak genezen patiënt, vooral van die patiënt, die zich al te lange tijd in het therapeutische, symptomatische circuit bevond en die met een preventieve aanpak toch beter werd. De veel meer volwassen, volwaardige, geaccepteerde, zeer gewaardeerde positie die ik in het samenwerkingsverband met artsen en specialisten ervaar, maken het dat ik zeer tevreden ben met de ingeslagen preventieve weg, die ik elke collega zeer kan aanraden en die mijns inziens voor het beroep een uitstekende mogelijkheid is zich wetenschappelijk te legitimeren. Het beleid FYSIO/THERAPIE 2000, het kunnen geven van voorlichting, oefen therapie, individuele rugscholing, gezondheidsbescherming, thuistherapie bleek veel belangrijker dan ik - en met mij velen (collega's, manueeltherapeuten, docenten, bestuurders e.v.a.) - mij ooit had kunnen realiseren.

EEN STOORNISDIAGNOSE KAN NIET IN SCHADUW STAAN VAN EEN BELASTINGDIAGNOSE

TE VEEL PRAKTIJK - EN LICHAAMSGERICHT

Waarom kwamen wij nu niet eerder tot het op zich vrij eenvoudige inzicht, dat de tijd buiten de praktijk, de belastingssituatie van de patiënt, de eigen therapeutische mogelijkheden van de patiënt groter waren dan hetgeen wij, met al onze scholing en nascholing, aan de praktijk voor de patiënt konden betekenen.

Hier regelmatig over nagedacht hebbend, denken wij dat ons nu duidelijk is waar de fout op dit moment in de fysio- en manuele therapie ligt. Opleiding en nascholing zijn veel te veel lichaams- en praktijkgericht in onderzoek en therapie. De patiënt presenteert zijn klacht, hierna wordt meestal te driftig op zoek gegaan naar een oorzaak binnen de betreffende patiënt in zijn biologische/psychische/sociale constellatie. Er moet bij klachten iets mis zijn met lichaam en/of geest. Met een uitvoerig onderzoek wordt gestart om de afwijkingen, stoornissen op het spoor te komen, die de klachten moeten verklaren. Fouten, stoornissen, die fysiotherapeuten ontdekken bij dit persoonsgebonden, lichaamsgebonden onderzoek zijn bijvoorbeeld: pijn, hypertonieën, zwelling, scheefstanden, bindweefselzone's, spierslapt, dysbalansen, houdingsafwijkingen, wervel- en energieblokkeringen, hypermobiliteit, hypomobiliteit, overmatige sympaticusactiviteit, niet goed in je vel zitten, een gestoord natuurlijk herstel e.a.. Deze fouten, stoornissen worden veel te gemakkelijk in de mond genomen en in verband gebracht met de beperkingen, klachten die de patiënt ondervindt en als aangrijpingspunt van de therapie genomen. Langs het functioneren van de patiënt in zijn persoonlijke dagelijkse leven wordt even gemakkelijk heengekeken als naar de weinig relevante lichamelijke onderzoeksgegevens toegekeken. Zeer duidelijk wordt dit geïllustreerd door een artikel in het tijdschrift voor fysiotherapie (2), dat model moet staan voor

het moderne fysiotherapeutisch onderzoek en registratie. De letterlijke tekst uit dit artikel, van de te korte belastinganamnese, drukken wij hier af:

Mannelijke patiënt met rugklachten, 47 jaar, getrouwd, drie kinderen.

Beroep: kleine zelfstandige met goed lopende **DRANKENHANDEL**.

Reeds jarenlang last van rug, dan iets meer, dan weer wat minder problemen. Klachten destijds (ongeveer 10 jaar geleden) geleidelijk aan begonnen, oorzaak **onbekend**. Sinds drie maanden toch wat meer last, pijn gaat ook niet meer weg en is af en toe hinderlijk met werken. Er is **geen** reden aan te geven waarom de klachten drie maanden geleden zijn toegenomen. Geen 'sportman'; in 1953 meniscopathie RE, geen andere klachten. Geen medicatie. Röntgenfoto: Versmalling tussenwervelschijven en spondylarthrotische veranderingen L1-L2, L4-L5, L5-S1. Verder geen bijzonderheden

STOORNIS NEUROSE

Na deze summier belastinganamnese volgen vele pagina's met talrijke mogelijkheden van lichamelijk onderzoek, om de stoornissen bij deze patiënt vast te stellen, hypertonieën, fixaties, binweefselzone's kunnen driftig als stoornis worden aangemerkt en geregistreerd op daartoe aangewezene formulieren. Samen met de aan deze stoornissen gekoppelde therapieën kunnen zo prachtige computer bestanden worden gegenereerd, die heel indrukwekkend lijken, maar echt helemaal **niets** voorstellen en doodzonde van de tijd zijn. Het typeert de instelling van de huidige opleidingsfysiotherapie ten hemelschreiend en ten voeten uit. Als men bij iemand met een drankenhandel zegt oorzaak onbekend, niet direct vermoed waarom de klachten erger zijn geworden, maar uitgebreid op zoek gaat naar fouten in de persoon en deze stoornissen met therapieën tegemoet treedt, dan is het wettig en overtuigend bewijs geleverd dat men op de verkeerde weg zit, aan het spookrijden is. Diagnose en beleid liggen hier voor het oprapen, de patiënt heeft zwaar

belastend drankenhandelswerk en moet met rugscholing en bescherming geleerd worden zijn rug te ontzien. De fysio- en manuele therapie lijden even duidelijk aan een **stoornisneurose**.

Deze stoornisinstelling van de fysiotherapie, zijn gerichtheid op lichaam, therapie en praktijk nog eens onderstreept in recentere publicaties in het tijdschrift voor fysiotherapie (1, 5). Sportblessures en aandoeningen van het bewegingsapparaat die niet in de sport ontstaan zijn worden in hoofdzaak met een therapeutisch, stoornisgerichte binnenpraktijkse activiteiten, behandelingen tegemoet getreden. Voor preventie, voorlichting, gezondheidsbescherming, vroege mobilisatie en andere meer buitenpraktijkse, beperkingsgerichte activiteiten is nauwelijks aandacht. Deze meestal meer veronderstelde dan objectief vastgestelde lichamelijke en geestelijke "fouten, stoornissen" worden verantwoordelijk gehouden voor de gepresenteerde klachten en beperkingen. Corrigerende therapieën worden op deze "fouten", stoornissen "los gelaten. Buikspieroefeningen, houdingsoefeningen, massage, manipulatie, stroom, haptonomie, acupunctuur, enz., aan het lichaam bedreven, vaak via de huid toegediende therapieën, zijn voorbeelden van pijlen die men op zijn boog heeft om de in de mens gelegen lichamelijke "fouten", stoornissen te corrigeren en hem zo van zijn klachten, beperkingen af te helpen. Wordt er lichamen niets gevonden dan worden de klachten nogal gemakkelijk tot functioneel bestempeld, er zal nu intern bij de patiënt wel iets mis zijn met zijn geestelijk functioneren. Vergeten wordt dat als er niets gevonden wordt er nog wel degelijk iets aan de hand kan zijn. Functionele klachten zijn immers onduidelijke lichamelijke klachten waarvoor geen lichamelijke afwijkingen gevonden kan worden om de klachten te kunnen verklaren (4). Functionele klachten vallen dan uiteen in nog onverklaarde klachten en door psychische factoren, stress bepaalde klachten. Bij de nog onverklaarde klachten is de lichamelijke oorzaak er mogelijk wel, maar de betreffende onderzoekers zijn niet in staat deze te duiden. In de literatuur wordt van deze te kort schietende kennis bij onderzoekers regelmatig melding gemaakt (6, 7, 9). Op zich geen schande. In de (para)medische wereld is dit met betrekking tot aandoeningen van het bewegingsapparaat zeer regelmatig aan de orde (6, 7, 9), even zo regelmatig zal men dit niet erkennen of beseffen en de patiënt in de categorie doen

EEN GOEDE BELASTINGANAMNESE IS VAN *MEER* BELANG DAN WELKE KLINISCHE DIAGNOSTIEK OOK

belanden van de door psychische factoren, stress bepaalde klachten. De patiënt krijgt de schuld van het niet kunnen vinden van een lichamelijke oorzaak door de onderzoeker. Een zekere onfeilbaarheidsinstelling naar de patiënt en anderen toe is hier in belangrijke mate debet aan, "als IK het niet kan vinden, dan moet het wel psychisch zijn". Echter met een overwegend preventieve kijk naar de in de gemiddelde fysiotherapiepraktijk verschijnende patiënten blijkt meestal dat:

- het lichaam in het geheel niet fout is
- pijn nuttig is
- het natuurlijk herstel niet gestoord is
- de spieren niet te slap zijn
- de houding niet afwijkend is, geen relatie met de klachten heeft
- de geest zichzelf is, eigenaardig in de goede zin van het woord, eigenlijk prima in orde is, de functionele klachten meer letterlijk functioneel zijn, het functioneren in ADL aan de basis van de lichamelijke klachten ligt er geen sprake is van het niet kunnen vinden van een waarschijnlijk lichamelijke oorzaak en zeker niet van psychische factoren die de achtergrond van de klachten zijn.

Kortom met lichaam en geest is er vaak niets mis, de oorzaak ligt vaak niet intern, maar veel meer extern in het functioneren in ADL. Langs deze essentie hebben wij en velen met ons jaren heen gekeken, de belastingssituatie, de thuissituatie van de patiënt in de meest ruime zin des woords, in beroep, hobby en sport. Hier is in onderzoek, therapie en preventie veel meer eer te behalen. Duidelijke aanwijzingen hiervoor zijn af te leiden uit het onderzoek van Mischner e.a. (8). Bij patiënten, die in de gemiddelde fysiotherapiepraktijk komen, blijken bijna

alle klachten samen te hangen met, cq. geprovoceerd worden door dynamische belastingen of statische belastingen. De patiënt geeft in bijna 100 % van de gevallen aan provocatie door het dagelijkse leven te ervaren.

Ook anderen geven de beperkingen van een te lichaamsgerichte benadering voor de fysiotherapie aan (12) en de kansen die er in een meer ADL-, situatie-, handelingsgerichte benadering voor de fysiotherapie liggen. De lichaamsgerichtheid, in onderzoek en therapie, de uitvoerige theoretische kennis van het bewegingsapparaat en zijn aandoeningen, de anatomie in vivo zijn van zeer groot belang, echter zij dienen aangevuld te worden met belastings-, c.q. handelings-, buiten de praktijkgerichtheid.

De fysio- en manuele therapie zullen een sterke ommezwaai richting een andere visie op de patiënt met aandoeningen van het bewegingsapparaat moeten maken om uit te groeien tot een volwassen, geaccepteerd beroep. Naast de lichaamsgerichtheid zal de gerichtheid op de (lichamelijke en geestelijke) belastingssituatie van de individuele patiënt veel meer aandacht moeten krijgen. Dit zal ook consequenties moeten hebben voor opleiding, classificatie, registratie en kwaliteitsbevordering, deze komen immers allen voort uit een te eenzijdige lichaamsgerichte fysiotherapie, die te directe en gemakkelijke relaties tussen vaak niet geobjectiverde stoornissen, beperkingen en therapieën legt.

SLOTWOORD

Met de boven beschreven casuïstieken hebben wij vooral willen illustreren hoe in de huidige (para)medische wereld langs de essentie wordt heengekeken en welke voor de patiënt nadelige gevolgen dit kan hebben. Veel collega's sluiten zich af voor de ideeën in FYSIO/THERAPIE 2000, men wil, durft zich niet te realiseren dat de ingeslagen weg van therapie en specialisatie daarin, niet de juiste is, de genomen moeite, de gedane investeringen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid. De angstwekkende gedachten "zou alles dan voor niets zijn" en "ben ik dan van lotje", worden al te gemakkelijk verdrongen en omgezet in

aversie tegen de nieuwe preventieve ideeën en hun verkondigers. Schijnbaar weegt het gezondheidsbelang van de patiënt niet zwaar genoeg om langs het kortzichtig eigen en therapeutische belang heen te zien. Collega Kooke beschrijft persoonlijk waarom de grote stap naar preventie toch de moeite waard is en het spreekwoord beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald voor hem een aansprekende inhoud kreeg.

LITERATUURLIJST

1. Baar van M.E., e.a.
Behandeling van sportblessures door fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg.
Ned. T. Fysiotherapie, vol. 102, nr. 6, 1992
2. Bergen van A.
Uniforme registratie als aanzet tot kwaliteitsbevordering.
Ned. T. Fysiotherapie, vol. 97, nr. 12, 1987
3. Bruggeman A. en J.H.
Visuele instructie bij primair discogene aandoeningen van de lumbale wervelkolom.
Ned. T. Fysiotherapie, vol. 92, nr. 12, 1982.
4. Gazendam B. e.a.
Functionele klachten in de fysiotherapiepraktijk.
Ned. T. Fysiotherapie, vol. 101, nr. 12, 1991.
5. Dekker J.
Werkdagnose fysiotherapie blijkt onmisbaar uitgangspunt bij vaststellen behandeling.
Fysiopraxis vol. 1, nr. 9, 1992.
6. Grubb S.A. e.a.
The Relative Value of Lumbar roentgenograms, Metrizamide Myelography, and Discography in the Assessment of Patients with Chronic Low-Back Syndrome.
Spine, vol. 12, nr. 3, 282-286, 1987.
7. McFadden J.W.
The stress lumbar discogram.
Spine, vol. 13, nr. 8, 1988.
8. Mischner-van Ravensberg C.D. e.a.
Pijnklachten in de anamnese.
Ned. T. Fysiotherapie vol. 102, nr. 3, 1992
9. Roth D.A.
Cervical Analgesic Discography
Jama, vol. 235, nr. 16, blz. 1713-1714, 1976.
10. Spitzer W.O. e.a.
Scientific Approach to the Assessment and Management of Activity-related Spinal Disorders, A Monograph for Clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders.
Spine, vol. 12, nr. 7s, 1987.
11. Willems R., Bruggeman A. en J.H.
Enkeldistorsie en Anulusdistorsie, overeenkomsten in etiologie en beleid.
Ned. T. Fysiotherapie, vol. 98, nr. 12, 1988.
12. Wimmers R.H. e.a.
Functionele fysiotherapie. Het functioneel onderzoeken van de problematische handeling.
Ned. T. Fysiotherapie vol. 102, nr. 2, 1992.

GEZONDHEIDSSCHADE
DIENT TEN *ALLE* TIJDE
VERMEDEN TE WORDEN

FYSIOTHERAPIE
MINDER
STOORNIS
MEER
A.D.L. GERICHT