

Clinical decision support tools en fysiotherapie: gaat dat wat positiefs worden?



Gerard Koel

G. Koel, Msc, fysiotherapeut en manueeltherapeut praktijk Wooldersteen, Hengelo, docent en onderzoeker Saxion Hogeschool Enschede en MMS (Master MusculoSkeletaal); bestuurslid SNN (SchouderNetwerk Nederland); e-mail: gerard.koel@gmail.com

Samenvatting

Omdat we veel klinisch relevante informatie uit anamnese, basisfunctieonderzoek, specifieke orthopedische tests, vragenlijsten en beeldvorming genereren en omdat veel van die informatie soms wel en soms niet bepalend is voor de actuele klacht van de patiënt met een musculoskeletale aandoening, is een goede kwaliteit van klinisch redeneren essentieel voor de professie fysiotherapie. Het ontwikkelen en gebruiken van 'clinical decision support tools' (CDST's) leidt tot beter inzicht en meer transparantie in het klinisch redeneren. In dit artikel worden drie verschillende CDST's beschreven: computergestuurde vragenlijsten, 'clinical prediction rules' (CPR's) en theoretische modellen ondersteund door technologie. De drie beschreven voorbeelden betreffen de Start back screening tool (SBST), de Treatment based classification (TBC) en het concept klinisch redeneermodel voor schouderpijn van Stichting Schoudernetwerken Nederland (SSN). Duidelijk wordt dat de kwaliteit van de CDST's nog te wensen overlaat, zeker de meer complexe vakinhoudelijke modellen die zijn ontwikkeld voor patiënten met lage rugpijn en schouderpijn blijken nog van onvoldoende kwaliteit. Dat neemt niet weg dat in de nabije toekomst het perspectief van betere modellen gekoppeld aan moderne technologie positief is. Bovendien helpt ook de ontwikkeling van een CDST de beroepsgroep in het aangeven van belangrijke klinische beslistmomenten. En ook al is er sprake van een goede CDST, updaten van de kwaliteit blijft een belangrijk en doorgaand proces. Op die wijze toegepast fungeert het werken met CDST's als een vliegwiel voor verbetering van de kwaliteit van fysiotherapeutisch klinisch redeneren.

Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- ◆ kunt u potentiële voordelen van clinical decision support tools (CDST's) benoemen;
- ◆ kunt u verschillende typen CDST's onderscheiden;
- ◆ weet u dat de ontwikkeling en toepassing van CDST's de kwaliteit van het klinisch redeneren van fysiotherapeuten gaat verbeteren;
- ◆ weet u dat ook logisch klinkende CDST's niet meteen een klinisch relevante positieve effectiviteit blijken te hebben;
- ◆ bent u beter in staat om te bepalen of u zich in de nabije toekomst actief bezig gaat houden met het ontwikkelen en gebruiken van CDST's.

Inleiding

Klinisch redeneren is het centrale fundament onder een professie in de gezondheidszorg. Dat geldt zeker voor de fysiotherapie, een professie waarin het resultaat van onderzoek en behandelen behalve door vakgerichte biomedische kennis, methodisch handelen en behandelvaardigheden, sterk bepaald wordt door het toepassen van interactieve en communicatieve vaardigheden. Explicitering van klinisch redeneren is van wezenlijk belang voor de professionalisering en profileren van de fysiotherapie. Een voorwaarde om een behandeling te starten is het gegeven dat de therapeut het probleem van de patiënt begrijpt. Waarom heeft die patiënt, met of zonder medische aandoening, op dat moment een klacht? Een aantal factoren maakt het analyseren van een klacht van een patiënt anno 2017 tot een complex gebeuren in een multimodale context.¹ Zo blijkt de mate waarin over een gezondheidsprobleem geklaagd wordt, sterk afhankelijk te zijn van persoonlijke variabelen (welke impact heeft een aandoening op die persoon) en van variabelen vanuit de

omgeving (kan die persoon voldoen aan de eisen van de omgeving). Voor het realiseren van het beoogde behandelresultaat zijn vertrouwen van de patiënt in de fysiotherapeut en in zichzelf van groot belang. Klinisch fysiotherapeutisch redeneren betreft een cognitieve vaardigheid en is te definiëren als het planmatig handelingsproces waarin de fysiotherapeut, in samenspraak met de patiënt, het gezondheidsprobleem inclusief de daaraan gerelateerde contextfactoren analyseert, met als doel het vaststellen van een adequaat behandelplan gericht op het opheffen, verminderen of beperken van het gezondheidsprobleem.² Om een goede analyse te maken dient de fysiotherapeut vaak een breder patiëntprofiel in kaart te brengen waarbij het gezondheidsprobleem inclusief interpretaties van de contextfactoren van persoonlijke aard (mening, voorkeur patiënt zelf) en zo nodig vanuit de omgeving wordt vastgesteld. In zo'n profiel worden ook de samenhang tussen enerzijds de klinische symptomen en anderzijds de vermoedelijke bron van nocisensoriek, de vastgestelde gestoorde functies en beperkte activiteiten, de afwijkingen bij beeldvormend onderzoek en mogelijke instandhoudende factoren bepaald. Dit betekent dat klinische beslissingen vaak worden genomen in situaties waarin meerdere variabelen een rol spelen en waar in die 'onzekere' omstandigheden toch doordacht gehandeld moet worden. Analoot aan de aspecten voor evidence-based fysiotherapie kent een goed genomen klinische beslissing drie kenmerken die in figuur 1 staan.³ Als goed klinisch redeneren inderdaad bepalend is voor de resultaten van fysiotherapeutisch onderzoek en behandelen en er frequent sprake is van aanhoudende gezondheidsproblemen bij aandoeningen van het bewegingsapparaat, is het optimaliseren van klinisch redeneren een terecht streven. Zijn er middelen om zorgprofessionals zoals fysiotherapeuten te helpen dat doel te realiseren? Hoe worden zorgprofessionals ondersteund bij het nemen van goede klinische beslissingen? Het gaat dan om een middel dat behulpzaam is om passende klinische beslissingen te nemen en vertaald in het Engels wordt dan gesproken van een 'clinical decision support tool' (CDST). CDST's zijn instrumenten, vragenlijsten, algoritmes of modellen die kennis en inzicht leveren aan een fysiotherapeut die samen met een patiënt een analyse van een gezondheidsprobleem maakt om te komen tot een goede keuze omtrent een mogelijke behandeling. Recent ontwikkelde CDST's kunnen gebruikmaken van technologie met computer-software of apps en kunnen daardoor ook complexer zijn. In dit artikel wordt beschreven hoe CDST's een positieve invloed kunnen hebben op klinisch redeneren als vakinhoudelijke competentie. Daartoe wordt allereerst een overzicht van verschillende typen CDST's gepresenteerd. Twee relevante CDST's voor patiënten met lage rugpijn worden beschreven: de Start back screening tool (SBST) en de Treatment based classification (TBC). Daarna volgt de introductie van een theoretisch model voor klinisch redeneren bij patiënten met schouderpijn, gevolgd door een discussie over hoe 'simpel' een CDST eigenlijk zou moeten zijn. De laatste paragraaf bevat enige afsluitende conclusies.



Figuur 1. De drie kenmerken van een klinische beslissing.

Overzichtsreview naar beschikbaarheid van CDST's

Canadese fysiotherapeuten publiceerden in 2016 een narratieve opiniërende review over CDST's voor collega's met een focus op het begeleiden van patiënten met musculoskeletale problemen richting werkhervatting.⁴ De onderzoeksvraag luidde: 'Zijn gevalideerde CDST's beschikbaar om bij patiënten met musculoskeletale aandoeningen passende interventies te kiezen die het functioneren en 'return to work' verbeteren? De auteurs gebruikten de vijfstappenmethode van Arksey en O'Malley (2005):⁵ (1) onderzoeksvraag formuleren, (2) relevante studies identificeren, (3) studies voor data-analyse selecteren, (4) data op systematische wijze bewerken en (5) resultaten beschrijven. Een narratieve review is plooibaarder dan een systematische review omdat bijvoorbeeld geen definitieve kwantitatieve criteria voor te includeren studies wordt gehanteerd. Uiteindelijk zijn in stap drie 123 studies geïncludeerd, waarin 43 CDST's waren beschreven. Deze zijn in drie groepen te klasseren: (1) specifieke computergestuurde instrumenten of vragenlijsten (n = 8; 19%), (2) 'clinical prediction rules' en classificatiesystemen die patiënten indelen en toewijzen aan een behandeling (n = 21; 49%) en (3) theoretische modellen of algoritmes die patiënten selecteren voor een behandeling (n = 14; 33%). In de volgende paragrafen worden voorbeelden uit deze drie groepen beschreven. Wat de methodologische criteria betreft dienen CDST's uiteraard te voldoen aan dezelfde criteria als 'normale' diagnostische middelen.⁶ Omdat veel CDST's van recente datum zijn (de 123 studies in deze review waren gepubliceerd tussen 2006 en 2014),⁴ kan op voorhand gesteld worden dat het proces van methodologische validering vaak nog niet is gerealiseerd. Om een idee te krijgen van een CDST wordt een bekende clinical prediction rule (CPR) beschreven: het samenvoegen van een aantal klinische bevindingen die helpen voorspellen wat de kans is op de aanwezigheid van een relevante, het

Klinische bevindingen bij mogelijke diepe veneuze trombose (DVT) m.b.v. diagnostische CPR (Wells et al., 1998) ⁸	Score / kans op DVT
1. Actieve kanker (in afgelopen 6 maanden of onder palliatieve zorg)	1
2. Paralyse, parese, gips of recente immobilisatie onderste extremiteit	1
3. Bedrust of operatie, < 4 weken geleden	1
4. Lokale drukpijn ter plekke van het diepe veneuze systeem	1
5. Zwelling in de hele onderste extremiteit	1
6. Zwelling aangedane kuit (> 3 cm andere zijde; 10 cm distaal van tuberositas tibiae)	1
7. Pitting oedeem; alleen aan aangedane zijde	1
8. Vorming collaterale oppervlakkige venen (niet-variceus; alleen aangedane zijde)	1
9. Alternatieve diagnose die klinische verschijnselen beter verklaart	-2
Uitkomst / interpretatie (score van -2 tot +8): <ul style="list-style-type: none"> • 0 punten (of minder dan 0 punten): laag risico, kans op DVT van: 6% • 1 of 2 punten: matig risico, kans op aanwezigheid DVT van: 28% • 3 of meer punten: hoog risico, kans op aanwezigheid van DVT van: 73% 	

Tabel 1. Onderzoek met behulp van een diagnostische CPR naar de kans op het voorkomen van diepe veneuze trombose.^{7,8}

beleid bepalende, medische aandoening. Een patiënt meldt zich via directe toegang fysiotherapie (DTF) met een pijnlijke en gezwollen rechterkuit. In de screening van mogelijke 'rode vlaggen' overweegt de fysiotherapeut dat er een kans is op de aanwezigheid van een diepe veneuze trombose (DVT), een kans die bovendien kan leiden tot een niet-gewenste complicatie: longembolie. Mogelijk is in de praktijk het boekje van Glyn en Weisbach (2011)⁷ aanwezig (geen overbodige luxe) of kent de fysiotherapeut de criteria van Wells en collega's (1998),⁸ die in tabel 1 worden weergegeven. Dit is een voorbeeld van een zogenaamde level 1 CPR: een CPR die in verschillende diagnostische studies van goede kwaliteit betrouwbare en valide resultaten toont. Een kwalificatie die, zoals hiervoor beschreven, niet geldt voor de meeste andere CDST's. Dit voorbeeld toont aan dat het mogelijk is dat een 'simpele' CPR als CDST de professional kennis aanreikt, praktisch toepasbaar is, gebaseerd is op externe evidentie en voorzien van afkappunten zodat een klinische beslissing weloverwogen kan worden genomen. Het is zinvol meer van deze hulpmiddelen te selecteren, toe te passen of te ontwikkelen.

Vragenlijsten: Start back screening tool (CDST type 1)

In 2008 werd op de Keele University een screenende vragenlijst ontwikkeld om bij patiënten met specifieke lage rugpijn vast te stellen wat het risico was op aanhoudende klachten.⁹ Omdat de lijst als screening bij aanvang relevant is, wordt deze lijst aangeduid als de Start back screening tool (SBST). De SBST is te zien in figuur 2 en bestaat uit acht 'eens/oneens'-stellingen en een negende vraag waarin in een vijfpuntsschaal de mate van hinderlijkheid kan worden

aangegeven. Voor elke 'eens' scoort de patiënt 1 punt en omdat ook de score op de laatste vraag wordt gedichotomiseerd in 0 of 1 punt, bedraagt de maximale score 9 punten. Deze vragenlijst is ontwikkeld voor toepassing in de eerste lijn door met name huisartsen, maar ook fysiotherapeuten kunnen de lijst gebruiken. Zeker indien de lijst per computer wordt ingevuld, leidt dat eenvoudig tot drie klassen die in figuur 2 worden toegelicht. De betrouwbaarheid (kappa-waarde 0,73) en de validiteit (vergeleken met de Roland-Morris-vragenlijst worden positieve likelihood ratio's van 2 tot 20 gescoord) scoren een voldoende.⁹ Van de SBST is inmiddels ook een Nederlandstalige versie beschikbaar (zie bijlage 1 op www.physios.nl).¹⁰

Patiëntgebonden onderzoek in Engeland wijst op positieve effecten van de toepassing van de SBST.^{11,12} Als patiënten bij het begin van een episode met lage rugpijn in drie risicocategorieën worden geklasseerd, is het mogelijk gemotiveerd en snel te kiezen voor passend beleid: kort behandelen bij de laagrisicogroep (of behandelen in de huisartspraktijk en niet verwijzen) en juist wel bij een matig en hoog risico op het ontstaan van aanhoudende lage rugpijn. Positieve uitkomsten van SBST-beleid versus het beleid volgens de algemene richtlijn waren: minder pijnmedicatie bij de laagrisicogroep, een snellere werkhervatting bij de matigrisicogroep, meer tevredenheid van de patiënten en afnemende kosten. De SBST is een goedkope, makkelijk toepasbare CDST voor fysiotherapeuten in de eerste lijn, zeker indien patiënten met lage rugpijn zich via DTF hebben gemeld. De score helpt de fysiotherapeut bij de prognose en ook bij de inschatting van welke type behandeling geïndiceerd is. De SBST-score is niet te koppelen aan een specifieke behandeling; die dient de fysiotherapeut op basis van andere gegevens, in samenspraak met zijn patiënt, te kiezen.

The STarT Back Screening Tool: Dutch Version

Rugscreenings Instrument

Auteur:

✓ Oorspronkelijke versie: Jonathan Hill et al. © Keele University 01/08/07 (<http://www.keele.ac.uk/sbst/>)

✓ Nederlandse versie: M van Hooff, W van Lankveld, P Anderson, A Apeldoorn, F van Hartingsveld, R Ostelo (2011)

Naam: _____ Datum: _____

Antwoord u alstublieft ieder onderdeel. Kruis bij ieder onderdeel het vakje aan dat op u van toepassing is. Soms is het moeilijk om tussen twee vakjes te kiezen, kruis dan het vakje aan dat uw probleem het beste beschrijft. Kruis niet meer dan één vakje per onderdeel aan!

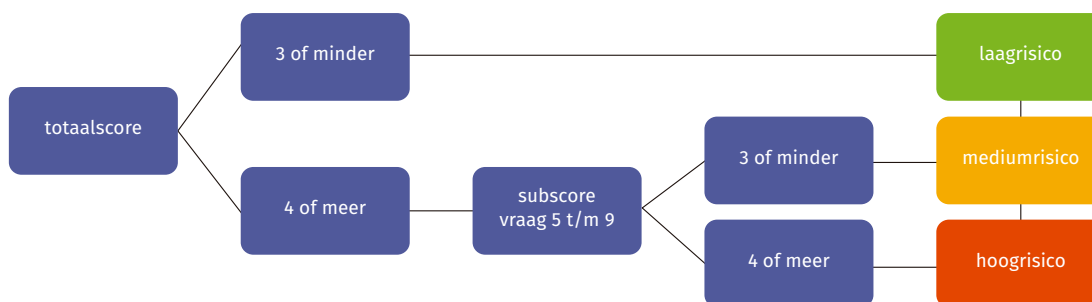
Denk bij het beantwoorden van de volgende vragen telkens aan de situatie **in de laatste 2 weken**.

		Oneens 0	Eens 1
1	In de laatste 2 weken straalde mijn rugpijn wel eens uit naar één of beide benen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	In de laatste 2 weken heb ik wel eens pijn in mijn schouder of nek gehad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Vanwege mijn rugpijn liep ik alleen korte afstanden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	In de laatste 2 weken kleedde ik me trager dan gewoonlijk aan vanwege mijn rugpijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Voor iemand in mijn toestand is het echt niet veilig om lichamelijk actief te zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ongeruste gedachten gingen vaak door mijn hoofd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ik vind dat mijn rugpijn verschrikkelijk is en ik geloof dat het nooit meer beter zal worden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Over het geheel genomen heb ik niet genoten van alle dingen waar ik vroeger wel van genoot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Over het geheel genomen, hoe hinderlijk was uw rugpijn in de laatste 2 weken?

In het geheel niet	Een beetje	Matig	Erg	Extreem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Totale uitslag (alle 9) : _____ Sub Uitslag (Q5-9): _____



Figuur 2. De Nederlandse vertaling van de SBST, leidend tot een score met klassering van patiënten met lage rugpijn in drie categorieën: laag risico, matig/gemiddeld of hoog risico op aanhoudende klachten.¹⁰

Klassering	Klinische criteria / symptomen	Interventies / plan van aanpak
Manipulatie en mobilisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Geen symptomen distaal knie • Korter dan 16 dagen pijnklachten • Weinig tot geen bewegingsangst (FABQw < 19) • Hypomobiliteit LWK en PA-vering • Voldoende mobiliteit heupen 	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulatie van de LWK • Mobilisatie van de LWK • Actieve ROM oefentherapie
Stabilisatie en spierversterking	<ul style="list-style-type: none"> • Jongere leeftijd (< 40 jaar) • Laxiteit heup- en rugregio (SLR > 91 graden) • Instabiele actieve anteflexie of deflexie • Positieve Prone Instability test (PIT) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selectieve training van de stabiliserende musculatuur (mm. multifidus en m. transversus abdominis) • Spierfunctieverbetering rug- en buikspieren
Richtingspecifieke oefentherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Lage rugpijn met uitstraling tot en met de bil en centralisatie van de pijn bij herhaald belast retroflecteren van de LWK • Pijn gaat naar perifeer bij herhaalde anteflexie 	<ul style="list-style-type: none"> • Eindstandige retroflexie-oefeningen • Mobilisatie van retroflexie • Tijdelijk vermijden van anteflexie-activiteiten

Tabel 2. De belangrijkste onderdelen van de TBC-update van Fritz en collega's (2007).²³ De behandeloptie 'tractie' is niet weergegeven en van de 'richtingspecifieke oefentherapie' is alleen de retroflexie uitgewerkt omdat bij ruim 80% van de patiënten met lage rugpijn sprake is van voorkeur in de richting van retroflexie. Afkortingen: FABQw = Fear avoidance belief questionnaire, werkschaal (0-42 punten); LWK = lumbale wervelkolom; PA-vering = posterior-anteriorvering; SLR = straight leg raise (met gestrekte knie de heup flecteren); ROM = range of motion.

Classificatiesystemen en CPR's: Treatment based classification (CDST type 2)

Omdat de resultaten van patiëntgebonden studies naar de effectiviteit van (fysiotherapeutische) interventies bij patiënten met specifieke lage rugpijn tegenvalt, wordt veel werk gemaakt van het klasseren van subgroepen patiënten met kenmerken die kunnen duiden op een goede respons van een bepaalde interventie. In Nederland worden een aantal van die classificatiesystemen gebruikt. Bekend is de McKenzie-methode: patiënten met lage rugpijn bij wie het centralisatiefenomeen als klinische test positief is, zouden meer baat hebben bij richting-specifieke oefentherapie.^{13,14} Een aantal effectstudies onderbouwt deze 'mechanische' behandelmethode bij deze patiëntencategorie.^{15,16} Veel recenter pleitte Peter O'Sullivan juist voor een meer cognitief-functionele behandeling (door hem aangeduid als 'cognitive functional therapy') van lage rugpijnpatiënten met disfunctionele cognities.^{17,18} Van een vaste methode, laat staan een 'prediction rule' is hierbij echter nog geen sprake. Dat gold nadrukkelijk wel voor de in 1995 ontwikkelde Treatment based classification.¹⁹

Kenmerken van de Treatment based classification

De Treatment based classification (TBC) is een pragmatisch systeem dat op zoek ging naar klinische tekenen en symptomen die correleerden met een goed behandelresultaat op vier fysiotherapeutische behandelinterventies: manipulatie en mobilisatie, stabilisatie en spierversterking, richtingspecifieke oefentherapie, en tractie. De TBC is eenvoudig als clinical prediction rule (CPR) te gebruiken door bijvoorbeeld bij aanwezigheid van vier van de vijf klinische kenmerken de patiënt toe te wijzen tot de daarbij 'gematchte'

behandeloptie. Een aantal effectstudies duidde op positieve resultaten van het gebruik van de TBC zoals, in vergelijking met het algemene richtlijnbeleid, een sneller en beter behandelresultaat.²⁰⁻²² Nieuwe inzichten leidden tot een update van de TBC in 2007,²³ waarvan de belangrijkste delen in tabel 2 staan.

Meer onderzoek en kritische beschouwing

De TBC is een CDST met perspectief, want de fysiotherapeut klasseert een aantal bevindingen, kan dan voorspellen dat een bepaalde interventie kansrijk is en de eerste studies tonen een positief resultaat.²⁰⁻²² Wel wat lastig is het gegeven dat een flink percentage lage rugpijnpatiënten in meer dan één 'treatment'-categorie blijkt te passen.²⁴ Verder is het zo dat voordat een CDST breed ingevoerd wordt, de resultaten consistent dienen te zijn bij meer populaties patiënten met lage rugpijn. Nieuwe studies laten zien dat de effectiviteit van de TBC-update uit 2007 tegenvalt; zo vonden Apeldoorn en collega's (2012)²⁵ dat bij patiënten met aanhoudende lage rugpijn en met veelal minder heftige pijn en beperkingen de TBC niet beter scoorde dan standaardbeleid. Ook bij de treatment 'stabilisatie en spierversterking' bleek de gematchte therapie niet tot veel betere resultaten te leiden dan algemene oefentherapie.^{26,27} Zie het kader voor de recente studie van Fritz en collega's (2105),²⁸ waarin ook geen klinisch relevant voordeel is gevonden van het behandelen met manipulatie en mobilisatie bij een groep lage rugpijnpatiënten die voldeden aan de clinical prediction rule voor die behandeling.

De TBC 2007 kent, net als andere classificatiesystemen, een aantal tekortkomingen:²⁹

- de variatie van klinische tekenen en symptomen van lage rugpijnpatiënten is groter dan die in de (huidige) classificatiesystemen;

- de verandering in de tekenen en symptomen gedurende de behandeling worden onvoldoende meegewogen;
- er wordt te weinig rekening gehouden met lage rugpijnpatiënten die eigenlijk geen behandeling nodig hebben;
- de cognitief-psychologische factoren worden niet systematisch meegewogen en zijn erg relevant voor het resultaat (heeft de patiënt vertrouwen in de therapie en/of therapeut, heeft de patiënt voldoende zelfvertrouwen en is hij in staat tot zelfmanagement);
- het verbeteren van de cognitieve kennis over chronische pijn (pijneducatie) wordt onvoldoende meegenomen zodat een belangrijke voorwaarde voor herstel ontbreekt;
- sommige classificatiesystemen vragen om specifieke kennis en vaardigheden van de therapeuten en zijn dus niet eenvoudig in de algemene praktijk te implementeren.

De validering van de TBC 2007 met prospectieve RCT's valt dus tegen,²⁵⁻²⁸ en dat betekent dat betere classificatiesystemen voor lage rugpijnpatiënten ontwikkeld dienen te worden. In de APTA-richtlijn voor lage rugpijn wordt het biopsychosociale model systematischer meegenomen dan in eerdere versies, zodat de tekortkomingen met betrekking tot herstelbelemmerende cognitief-psychologische factoren worden verminderd;³⁰ een trend die ook in Nederland te verwachten is. Het lijkt zinvol de wensen en verwachtingen van de patiënten beter te waarderen. Alrway en collega's (2016) komen met goede voorstellen om de TBC 2007 te verbeteren.²⁹ Op dit moment past dus enige terughoudendheid bij het toepassen van CDST's en CPR's in de fysiotherapie,^{31,32} en vakinhoudelijke CPR's voor grote patiëntencategorieën zoals met lage rugpijn dienen zich nog te bewijzen.

Theoretische modellen: klinisch redeneermodel Schouderpijn (CDST type 3)

SchouderNetwerken Nederland (SNN) heeft een model *Klinisch redeneren bij patiënten met schouderpijn* in ontwikkeling (zie: <http://schoudernetwerk.nl/page/snn-kr-model-3s>).³³ Het betreft een model dat collega's op vakinhoudelijke wijze behulpzaam wil zijn bij het analyseren van gezondheidsproblemen door schouderpijn. Op dit moment zijn er vijf 'containers' (subgroepen) met aandoeningen c.q. gestoorde functies, namelijk: SAPS (subacromiaal pijnsyndroom), beperkte, instabiele, post-traumatische en pijnlijke schouder. In een grote spreadsheet wordt in acht stappen een klasse patiënten met schouderpijn samengesteld met overeenkomende tekenen en symptomen die aanleiding zijn voor een passend behandelplan. In tabel 3 wordt aan de hand van een voorbeeld aangegeven op welke wijze de beslissingen in de acht stappen plaatsvinden. In bijlage 2 op www.physios.nl is het concept-klinisch redeneerschema van de SNN weergegeven met dezelfde stappen als in tabel 3. Uiteraard is er op dit moment nog geen sprake van een echt

Opzet en resultaten van de RCT van Fritz en collega's (2015)

In de prospectieve RCT (randomised controlled trial) van Julie Fritz en collega's (2015) werden 220 lage rugpijnpatiënten die voldeden aan de clinical prediction rule voor 'manipulatie en mobilisatie' geïnccludeerd; 108 patiënten kregen 'early physiotherapy' met vier behandelingen in de eerste drie weken (inclusief manipulatie en mobilisatie) en 112 patiënten kregen 'usual care' met adviezen en geruststelling.²⁸ Beide groepen kregen een 'back book' met informatie over lage rugpijn. De centrale uitkomstmaat was de Oswestry disability inventory (ODI), met een schaal van 0 tot 100 punten (hoe hoger, hoe slechter), met daarnaast als secundaire uitkomstmaten scores voor pijn (NPRS 0-10, hoe hoger, hoe meer pijngevoel), de mate van catastroferen, bewegingsangst en de kwaliteit van leven. De meetmomenten waren vier weken, twaalf weken en een jaar na aanvang van de therapie. Overal waar sprake was van statistisch significante verschillen, waren die verschillen in het voordeel van de early physiotherapy-groep. Helaas waren die verschillen te klein om te spreken van klinisch relevante verschillen. Zo was het verschil tussen de groepen bij de ODI gemiddeld 3 punten en bij de NPRS gemiddeld 0,3 punten.

hulpmiddel bij het proces van klinisch redeneren. Kleine delen van het model zijn uitgewerkt in softwarepakketjes waarin de gebruiker bij het vaststellen van de keuze in een stap, direct de keuze met meetinstrumenten voor de volgende stap op het scherm gepresenteerd krijgt. Op die manier ontstaat een systeem dat wel 'werkt' en de fysiotherapeut op interactieve wijze voorziet van passende adviezen. In dit SNN-model worden nieuwe onderzoeksaspecten zoals reductietests, psychologische aspecten en de samenwerking met de patiënt expliciet meegenomen. De fysiotherapeut dient deze info vast te stellen en in te voeren. Het SchouderNetwerk Nederland gaat een poging doen dit complexe vakinhoudelijke model te vertalen naar een goed werkende CDST.

Hoe simpel moet een CDST zijn?

De mate van complexiteit hangt af van het doel van de CDST. Omdat de diagnostiek van patiënten met (aanhoudende) musculoskeletale aandoeningen in het algemeen lastig is, bestaat er een trend om die patiënten dan op zijn minst te klasseren in profielen. Een trend die ook in Nederland in zwang is bij patiënten met lage rugpijn^{34,35} en schouderpijn^{36,37}; alle patiënten worden in drie profielen geklasseerd

Level	Klinische vraag	Klinische symptomen	Klinische beslissing
1	Indicatie voor fysiotherapie? Rode of oranje vlaggen aanwezig?	Geen rode vlaggen en wel biomechanisch patroon	Indicatie voor FT: ja, medisch consult: nee.
2	In welke container past patiënt? Sprake van medische aandoening?	50 jaar, vooral stijfheid en pijn bij grotere ROM	Beperkte schouder. Frozen Shoulder?
3	Substraat subcategorie 1 Paho-kinesiologisch beeld	PROM exo in add.: 80°, abductie/elevatie beperkt	Unidirectioneel beperkt GH-gewricht.
4	Substraat subcategorie 2 Paho-kinesiologisch beeld	Beperkte PROM & AROM Positieve hyperabductietest	Contractuur van caudale GH-kapsel.
5	Welke persoonskenmerken? Relevante psychologische factoren?	Op 3S-vragenlijst scoort patiënt 5 punten	Profiel 2: biologisch en psychologisch.
6	Relevante functionele aspecten? Zijn er positieve SSMP's en/of reductietests?	De SSMP's en reductietests zijn negatief.	Invloed op wijze van bewegen: niet nodig.
7	Wat is de mate van reactiviteit van de aandoening?	Pijnscore 3-7, geen pijn in rust, eindgrens KV.	Matige reactiviteit. Normale dosering.
8	Uitkomst overleg met patiënt? Conclusie past bij mening patiënt?	Er is sprake van rationele besluitvorming, akkoord.	Geplande therapie wordt uitgevoerd.
9	Samenvatting, interpretatie, diagnose en gevolgen voor FT plan van aanpak Schouderpijn op basis van bindweefselcontractuur caudale kapsel GH-gewricht (matige reactiviteit) met beperkte en licht pijnlijke elevatie bij patiënt met enige psychologische factoren (weinig vertrouwen, angst voor beweging, lichte sensitiviteit). Rustige rekkingen met TERT van 2 minuten met pijnscore maximaal 4 (0-10) en met maximaal 1,5 uur napijn. Per behandeling vier rekkingen; inleiden met kortegolfbehandeling. Optredende desensitatie benadrukken. Met mobiliserend huiswerkprogramma. Meest passende scorelijst: Constant Murley-lijst (40% bepaald door AROM).		

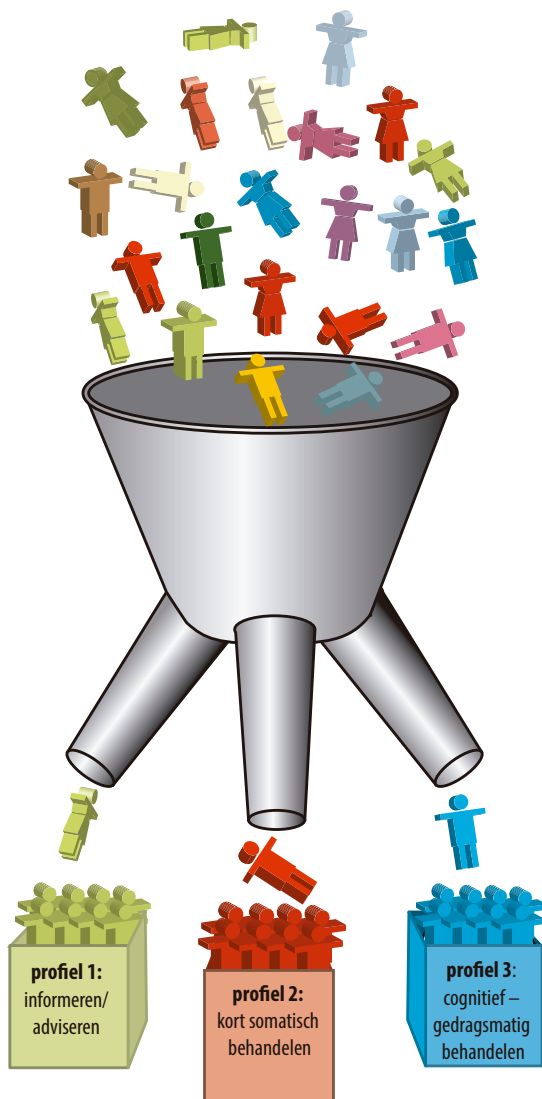
Tabel 3. De uitwerking van een patiënt met schouderpijn die via de acht stappen van het klinisch redeneermodel van de SNN, vanuit container 2 uitkomt bij een conclusie/samenvatting in blok 9 met een consequent fysiotherapeutisch plan van aanpak. Afkortingen: ROM = range of motion; KV = kort verend; TERT = total end range time; add. = adductie; SSMP's = shoulder symptom modifying procedures. Zie voor verdere uitwerking bijlage 2 op www.physios.nl met het concept-model.

zoals in figuur 3 aangegeven. Dat lijkt in ieder geval overzichtelijk. Ook de besproken Start back screening tool doet dat. Dat kan zinvol zijn omdat het beloop wordt voorspeld, omdat een type therapie wordt aangeduid en omdat het betrekken van andere zorgprofessionals wordt gemotiveerd. Ook het verzamelen van zogenaamde 'big data' omtrent het aantal patiënten per profiel en behandelgemiddeldes per profiel zou interessant kunnen zijn. Dat laatste geldt dan voor verzekeraars en managers van groepspraktijken fysiotherapie. Dergelijke profielen bieden echter nauwelijks tot geen ondersteuning voor het vaststellen van een effectief plan van aanpak in de fysiotherapiepraktijk. Dus de vakinhoudelijk bekwame fysiotherapeut, en dat betreft de overgrote meerderheid, schiet weinig op met het klasseren van groepen patiënten in drie of vier tamelijk abstracte categorieën; categorieën waarvoor vaak geen heldere afkappunten bestaan. Onderzoek naar de effectiviteit van het klasseren van patiënten in profielen toont meestal aan dat die niet of nauwelijks toeneemt en de patiënt wordt er dus ook niet beter van. Tegelijkertijd moeten vakinhoudelijk geïnteresseerde fysiotherapeuten wel transparant maken op welke wijze zij klinische keuzes onderbouwen. Het realiseren van hoge scores op betrouwbaarheid zal uiteraard lastig zijn als

er meer keuzes worden aangeboden. Maar het beperken van keuzes leidt tot beperkte classificatiesystemen die voor de zorgprofessional nauwelijks meerwaarde hebben.

Conclusie en afronding

CDST's beogen een hulpmiddel te zijn voor fysiotherapeuten om de kwaliteit van het klinisch redeneren te verbeteren. Dat geldt voor beginnende fysiotherapeuten omdat de beslismomenten verhelderd worden en gebaseerd zijn op evidence-based fysiotherapie, maar ook voor ervaren beroepsbeoefenaren omdat het gebruik van CDST's aanleiding geeft tot verdiepende vakinhoudelijke reflectie. Het is zinvol om vakinhoudelijke en beleidsmatige CDST's te onderscheiden. Om recht te doen aan het daadwerkelijk complexe klinisch redeneerproces in de dagelijkse fysiotherapiepraktijk, zal een vakinhoudelijk CDST er complex uitzien omdat in multimodaal klinisch redeneren de verschillende symptoombepalende factoren een plek in het model dienen te krijgen. CDST's die meer voor beleidsmakers of praktijkhouders zijn ontwikkeld, zien er eenvoudiger uit maar helpen de fysiotherapeut niet bij het realiseren van een optimale behandeling.



Figuur 3. Uit een populatie van verschillende personen met gezondheidsproblemen in diverse stadia en met verschillende beleving en comorbiditeiten ontstaan via de 'guideline'- of 'zorgplan'-trechtermethode slechts drie profielen.

Veel CDST's zijn nog in ontwikkeling, de methodologische kwaliteit is vaak nog onvoldoende en zullen in de toekomst aan verandering onderhevig zijn. De meeste classificatiemodellen die zijn ontwikkeld voor patiënten met lage rugpijn of schouderpijn kennen forse tekortkomingen en hebben nog niet de status van een goed kwaliteitshulpmiddel bereikt.

Het ontwikkelen van en het werken met CDST's stimuleert de fysiotherapeut om te reflecteren op zijn handelen en dat te spiegelen aan de expliciete stappen in het model. Uiteraard dient een CDST regelmatig te worden geüpdatet op basis van evaluatie in het praktische gebruik en op basis van gegevens uit nieuwe studies. Op die wijze heeft de ontwikkeling en het gebruiken van een CDST een positieve invloed op de kwaliteit van fysiotherapie.

Literatuur

- 1 Higgs J, Jones M. Clinical reasoning in the health professions. In: Higgs J, Jones M, Eds. Clinical Reasoning in the Health Professions. 2nd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd., 2000.
- 2 Koel G. Klinisch redeneren. Wat is het (deel 1)? Relatie met EBM (deel 2). Hoe leer je het (deel 3)? Fysiopraxis 2001;10 (februari, maart, april).
- 3 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, et al. Evidence based medicine, what is it, what isn't it. BMJ. 1996;312:71-2.
- 4 Gross DP, Armijo-Olivo S, Shaw WS, et al. Clinical decision support tools for selecting interventions for patients with disabling musculoskeletal disorders: a scoping review. J Occup Rehabil. 2016 Sep;26(3):286-318.
- 5 Arsky H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19-32.
- 6 Koel G. Fysiotherapeutische diagnostiek bij patiënten met schouderpijn. Physios 2017;9(1):4-13.
- 7 Glynn PE, Weisbach PC, Eds. Clinical Prediction Rules. A Physical Therapy Reference Manual. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2011.
- 8 Wells PS, Hirsh J, Anderson DR, et al. A simple clinical model for the diagnosis of deep-vein thrombosis combined with impedance plethysmography: potential for an improvement in the diagnostic process. J Intern Med. 1998;243:15-23.
- 9 Hill JC, Dunn KM, Lewis M, et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. Arthritis Rheum. 2008;59(5):632-4.
- 10 Apeldoorn A, Hooff M van, Ostelo R. De STarT Back Screening Tool. Fysiopraxis. 2013(apr):32-33.
- 11 Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M, et al. A randomised controlled trial and economic evaluation of stratified primary care management for low back pain compared with current best practice: The STarT Back trial. Lancet 2011;378(9802):1560-71.
- 12 Foster NE, Mullis R, Hill JC, et al. Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPACT Back): a prospective population-based sequential comparison. Ann Fam Med. 2014;12(2):102-11.

De volledige literatuurlijst is te vinden op www.physios.nl.

www.physios.nl

- ◆ De volledige literatuurlijst.
- ◆ Bijlage 1: Nederlandse vertaling van de Start back screening tool
- ◆ Bijlage 2: Voorbeeld uitwerking SNN-klinisch redeneermodel voor schouderpijn

Relevante artikelen in het Physiosarchief

- ◆ Koel G. Fysiotherapeutische diagnostiek bij patiënten met schouderpijn: Methodologie, motivatie en timing van specifieke schoudertests. Physios 2017;9(1):4-13.
- ◆ Mutsaerts B, Poppel D van. Klinisch redeneren in de fysiotherapeutische praktijk. Physios 2015;7(2):4-12.