

Patient education in physical therapy [Dissertatie *Rijksuniversiteit Limburg*]. Sluijs EM. Utrecht: Nivel, 1992; 221 bladzijden. ISBN 90-6905-1250-1.

Onderzoek naar patiëntenvoorlichting en -adviesgeving is een belangrijk, maar onderbelicht aspect in de huisartsgeneeskunde. Vandaar dat een Nederlandse dissertatie over patiëntenvoorlichting de belangstelling wekt.

De auteur, klinisch psychologe en medewerker bij het Nivel, heeft onderzoek gedaan naar de aard en omvang van patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten. Het gaat hierbij om het verband tussen de voorlichting, de klachten en de kenmerken van de patiënt, het type behandeling en de opvattingen van de fysiotherapeut. Ook de compliantie van de patiënt ten aanzien van de gegeven adviezen is onderzocht. Een kleine 2000 fysiotherapeutische zittingen zijn op een geluidsband opgenomen en aan de hand van een zeer uitvoerige checklist (65 items) beoordeeld op omvang en kwaliteit van de gegeven patiënteneducatie.

Fysiotherapeuten besteden in bijna elke zitting tijd aan uitleg, instructie en adviezen. De communicatie blijft echter voornamelijk beperkt tot eenrichtingsverkeer. Tijdens 81 procent van de zittingen werd niet geïnformeerd naar de perceptie en de verwachtingen van de patiënt of naar dat wat deze zelf al had geprobeerd. Psychosociale begeleiding vond hoofdzakelijk plaats tijdens de (intiemere) massage. Tijdens 64 procent van de zittingen werd 'huiswerk' meegegeven. Dit zou door 35 procent van de patiënten trouw worden gedaan en door 22 procent niet. De overige patiënten waren 'gedeeltelijk compliant'.

Bij de operationalisering van het begrip compliantie zijn vraagtekens te plaatsen. De compliantie is gemeten met behulp van een vragenlijst die direct bij thuiskomst door de patiënt moest worden ingevuld. Vragen als 'denkt u dat u de komende twee weken het advies zal opvolgen of opgegeven oefeningen zal doen?' lijken, mede door de bias van de sociale wenselijkheid, weinig betrouwbaar. Enige toetsing van de feitelijke compliantie zou wenselijk zijn geweest. Dit probleem is tekenend voor dit overigens aardig opgezette onderzoek: de verankering in de klinische praktijk is wat mager. Zo wordt geen enkele aandacht besteed aan het gedeelte van de episode vóór de verwijzing (als de patiënt nog bij de huisarts/specialist onder behandeling is) en een relatie met aandoeningen en klachten wordt nauwelijks gelegd. Aan het mogelijke effect van de (vrij willekeurige en niet gewogen) voorlichtingsaspecten op de gezondheidstoestand worden alleen in het literatuuroverzicht enkele zinnen gewijd. Dat is jammer, want het onderzoek

is methodisch goed opgezet en zorgvuldig uitgevoerd. Met een grotere klinische inbreng van de beroepsgroep fysiotherapie was de dissertatie relevanter geweest voor de praktijk.

Hans Grundmeijer

Efficacy of manual therapy and physiotherapy for back and neck complaints [Dissertatie]. Koes BW. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992; 122 bladzijden. ISBN 90-74130-04-6.

De centrale vraag van dit proefschrift luidt: wat is de effectiviteit van manuele therapie en fysiotherapie bij rug- en nekklachten? De relevantie van deze vraag moge blijken uit het feit dat ongeveer 80 procent van alle mensen ooit last heeft gehad van rugklachten. Meestal zijn deze klachten 'aspecifiek' en het merendeel gaat vanzelf weer over. Bij ongeveer 10 procent van de patiënten zijn de klachten na zes weken nog aanwezig. Deze patiënten worden door de huisarts doorgaans verwezen naar een fysiotherapeut of manueel therapeut verwezen.

In een tweetal hoofdstukken worden de resultaten beschreven van een literatuurstudie naar de effectiviteit van manipulatieve technieken en van oefentherapie bij rug- en nekklachten. De meeste therapeutische experimenten blijken dermate ernstige tekortkomingen te hebben, dat het onmogelijk is definitieve conclusies te trekken over de effectiviteit van manuele therapie of fysiotherapie.

In hoofdstuk 4 beschrijft de auteur de opzet van een gerandomiseerd effectonderzoek. De onderzoekspopulatie bestond uit 256 patiënten met specifieke rug- en/of nekklachten gedurende minstens zes weken. Deze patiënten hadden de voorafgaande twee jaar geen fysiotherapie of manuele therapie gehad. Zij werden geselecteerd door veertig huisartsen, of meldden zich aan naar aanleiding van advertenties in de lokale pers. Via loting werden zij voor behandeling toegewezen aan gekwalificeerde manuele therapeuten, fysiotherapeuten of placebotherapeuten, of aan de oorspronkelijke huisarts.

De gebruikte uitkomstmaten waren:

- ernst van de klacht (gescoord door één onderzoeksassistent);
- baat van de behandeling (6-puntsschaal, gescoord door de patiënt);
- ernst van de pijn (7-puntsschaal, WHYMPI, gescoord door de patiënt);
- functionele toestand (100-puntsschaal, SIP, gescoord door de patiënt);
- fysiek functioneren, gemeten door gestandaardiseerd lichamelijk onderzoek;
- mobiliteit van de wervelkolom (een inclinometer);
- recidief (lichamelijk onderzoek en enquête).

Bovendien werden gegevens verzameld voor andere prognostische variabelen (lokalisatie klachten, demografische gegevens, duur en frequentie behandeling, werk, sportactiviteiten e.d.).

De effectmetingen vonden vooraf plaats (baseline score), bij 3, 6 en 12 weken, en bij 6 en 12 maanden na de randomisatie. In de statistische analyse werd gekeken naar het verschil tussen de follow-up score en de baseline score bij iedere patiënt. Dit verschil is gebruikt als indicator van verbetering/verslechtering na de behandeling.

Om de vergelijkbaarheid van de studiegroepen te behouden werd de analyse uitgevoerd volgens het 'intention to treat'-principe: alle patiënten bleven in de oorspronkelijke groep.

In hoofdstuk 5 zijn de resultaten beschreven van de behandeling. De randomisatie ten aanzien van de basiskarakteristieken is goed geslaagd. Na 12 weken viel echter 9 procent van de patiënten uit.

Uitgaande van de hoofdklacht en de ervaren baat bleek de behandeling van de huisarts minder goed te werken dan de placebobehandeling. Er was geen statistisch significant verschil in verbetering tussen placebotherapie, fysiotherapie en manuele therapie na 3 en 6 weken. Het negatieve placebo-effect bij behandeling door de huisarts wordt toegeschreven aan de mogelijke teleurstelling van de patiënten dat ze geen nieuwe behandeling/verwijzing kregen. De functionele toestand en de ernst van de pijn bleken niet te zijn veranderd.

Aangezien in de huisartsen- en placebogroep nogal wat overstappers waren naar fysiotherapie en manuele therapie (contaminatie-bias), is een alternatieve analyse uitgevoerd waarin wel een statistisch significant verschil in verbetering werd gemeten tussen placebotherapie enerzijds en manuele en fysiotherapie anderzijds, maar niet tussen manuele therapie en fysiotherapie. Bij deze alternatieve analyse kan echter een onderschatting optreden van de effecten van placebotherapie en behandeling door de huisarts. De auteur constateert dan ook een 'opmerkelijk goede reactie' op placebotherapie (verwijzing? extra aandacht?) in dit onderzoek.

Het fysiek functioneren en de mobiliteit van de wervelkolom, beschreven in hoofdstuk 6, lieten ongeveer hetzelfde beeld zien: er werd bijna geen verschil in verbetering geconstateerd bij de 'intention to treat'-analyse, maar wel bij de alternatieve analyse ten gunste van manuele en fysiotherapie. Alleen na drie weken behandeling werd een bij manuele therapie een statistisch verschil in verbetering geconstateerd ten opzichte van fysiotherapie. Het patroon van verbetering in alle vier de groepen werd echter niet bevestigd door veranderingen in de gemiddelde mobiliteit van de wervelkolom.

In hoofdstuk 7 worden de resultaten van manuele en fysiotherapie gepresenteerd na zes maanden en één jaar follow-up. De hoofdklacht was na manuele therapie statistisch significant meer (0,9 punt) verminderd dan na fysiotherapie. Een dergelijke verbetering kon echter niet worden aangetoond voor de ondervonden baat van de behandeling en het fysieke functioneren. In de subgroepanalyse (hoofdstuk 8) lijkt manuele therapie zowel bij chronische als bij jongere patiënten iets betere resultaten te hebben dan fysiotherapie. Het oordeel van de manuele therapeut over het 'geschikt' of 'niet geschikt' zijn van de patiënt voor manuele therapie bleek geen voorspeller van de resultaten te zijn.

In hoofdstuk 9 concludeert de auteur dat de resultaten van fysiotherapie en manuele therapie op de korte termijn gelijkwaardig zijn. Op de lange termijn heeft manuele therapie iets betere resultaten. Hierbij tekent hij aan dat de manuele therapeut veel minder behandelingen nodig heeft (vijf versus vijftien). Hij betreurt het dat het niet mogelijk was in de vier groepen een nauwkeurig geprotocolleerd behandelingsstra- mien te gebruiken, aangezien dit voor langdurige nek- en rugklachten niet voorhanden is. De therapeuten mochten dus naar eigen bevindingen handelen. 'Een voordeel van deze pragmatisc- he aanpak is dat hiermee de dagelijkse praktijk wordt benaderd'. Het was helaas niet mogelijk een placebobehandeling voor manuele therapie te ontwikkelen. Voor fysiotherapie bleek dit wel mogelijk: twee keer per week tien minuten schijn-ultrasound en diathermie gedurende zes weken.

In zijn aanbevelingen merkt de auteur op dat manuele therapie bij langdurige nek- en rugklachten de voorkeur verdient boven fysiotherapie. Verder bleek het niet mogelijk te voorspellen welke subgroepen het meest baat zullen hebben van een bepaalde therapie. Tenslotte stelt hij dat een aanzienlijk deel van de patiënten opvallend goed op de placebofysiotherapie reageerde. Aangenomen mag worden dat ook een groot deel van het succes van de manuele therapie hiermee kan worden verklaard.

Enkele kritische kanttekeningen zijn te maken.

- Te gemakkelijk wordt voorbijgegaan aan het neveneffect van werving van patiënten via advertenties in de lokale pers (tweederde deel van de onderzoekspopulatie). Bij aldus geworven chronische patiënten worden hoge verwachtingen gewekt en dit wordt nog versterkt door 'onderzoek en behandeling door aan de universiteit verbonden gekwalificeerde fysiotherapeuten en zelfs manuele therapeuten'. In het verleden zullen deze mensen wel ervaring hebben opgedaan met een fysiotherapeut, maar veel minder met een manuele therapeut. Zij zien nu een mogelijk-

heid voor goed onderzoek en de beste behandeling, met een beetje geluk door een manuele therapeut. Het zal je dan gebeuren dat je wordt toegewezen aan voortgezette behandeling door de huisarts! Daar komt nog bij dat de huisarts niet eens zijn gebruikelijke behandelingsstrat- mien mocht volgen: diagnose (her)overwegen, verwijzing naar een (bekende en met hem over- leggende) fysiotherapeut, al dan niet met onder- steunende medicatie.

Het negatieve placebo-effect bij de huisarts moet dus wel groot zijn. Het aanzienlijke place- bo-effect bij de fysiotherapeut is in het onder- zoek zelf aangetoond, maar het placebo-effect bij de manuele therapeut zou wel eens enorm kunnen zijn. De resultaten van manuele therapie lijken hiermee in overeenstemming. In de sub- groepanalyse lijken de betere resultaten van manuele therapie voor patiënten, gerecruteerd uit de advertenties, hiermee in overeenstem- ming. Dat geldt ook voor het feit dat er geen verschil in verbetering te constateren viel tussen de groepen die de manuele therapeut wel en niet geschikt achtte voor deze vorm van behandeling. Waarom was het wel mogelijk om een placebo- fysiotherapie te ontwerpen en niet een placebo voor manuele therapie?

- De 'intention to treat'-analyse, waaraan door de auteur de voorkeur wordt gegeven, leverde bijna nergens significante verschillen op tussen placebotherapie, manuele therapie en fysiothe- rapie. Wegens 'contaminatie-bias' werd een al- ternatieve analyse gerechtvaardigd geacht. Er wordt echter niet beschreven in hoeverre een contaminatie-bias is gecreëerd, doordat patiën- ten die niet door de huisarts werden behandeld, zijn overgestapt naar de huisarts voor bijvoor- beeld analgetica. Waarschijnlijk is hiermee in de enquêtes wel rekening gehouden.

- De auteur schrijft in zijn slotbeschouwing dat hij geen grote verschillen in effect verwachtte tussen actieve behandeling bij patiënten met persisterende rugklachten en patiënten met nek- klachten, maar dat het erom ging 'kleine maar werkelijk bestaande verschillen in effect te vin- den'. Hierin kan ik hem absoluut niet volgen. Het kan niet de bedoeling van een clinical trial zijn om minimale verschillen in effect statistisch significant aan te tonen; het gaat erom relevante verschillen te vinden.

- De auteur verkiest manuele therapie boven fysiotherapie, aangezien daarbij minder behan- delingen nodig zijn. Deze reden komt bij mij wat pover over. Zou dit niet eerder aanleiding zijn om bijvoorbeeld te onderzoeken of de fysiothe- rapeut met wat minder behandelingen toe kan?

Al met al is dit een zeer lezenswaardig proef- schrift, waarin de problemen met het opzetten van de clinical trial openhartig zijn beschreven.

Het geeft geen aanleiding om het huidige beleid voor patiënten met chronische rug- en nekklach- ten te wijzigen.

Wim van Geldrop

Conflicten met patiënten *Van der Burg-van Wal- sum M. Utrecht: Bunge, 1992; 85 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-6348-496-8.*

Ik heb van dit boekje genoten. In eerste instantie door de heldere indeling, de leesbaarheid en de voortreffelijke combinatie van theorie en prak- tijkvoorbeelden, maar bovenal door de herken- baarheid.

Als ervaren huisarts heb je elke situatie we- leens meegemaakt en zo stel je, al lezend, de ene keer tevreden vast, dat je het in een soortgelijk geval 'toch nog niet zo gek' hebt aangepakt, om bij het volgende voorbeeld te moeten toegeven dat je het zo ook eens zou kunnen bekijken. Telkens worden daarbij de achtergronden van de conflicten belicht met steeds weer de nadruk op het belang van het (h)erkennen van het feit dat de wereld van de patiënt niet dezelfde is als die van de huisarts en dat juist dat nogal eens tot tegengestelde belangen leidt. Zo worden patiën- ten ten tonele gevoerd, die 's-nachts visites eisen, of een verwijzing, boos uit de praktijk lopen, de arts van nalatigheid beschuldigen, enzovoort.

Dat omgaan met conflicten met patiënten een onderdeel is van consultvoering in bredere zin, bevestigt de schrijfster met talrijke tips; een enkele keer ook citeert ze voorbeelden uit het dagelijkse leven. Heel belangrijk vind ik de nadruk op het belang van zelf initiatief tot contact nemen na een conflict. De literatuurverwij- zingen passen goed in de tekst.

Een enkele keer miste ik iets of had ik zin in discussie te gaan. Zo is voor mij de zin 'Afgaan op het eigen gevoel als kompas voor het hande- len is ongewenst als dit het hulpverleningsproces schaadt' te weinig genuanceerd. Ik vind juist dat te veel rekening houden met de gevolgen van het handelen vaak verlamvend werkt en het 'kompas' ten onrechte diskwalificeert; slechts het handelen dient te worden gecensureerd. Bij de bespreking van de situatie waarin een van een collega overgelopen patiënt zich meldt, miste ik de vraag: hoe wens ikzelf de relatie met mijn collega?

Ik beschouw dit boekje als bijzonder waarde- vol voor iedere huisarts en als hulpmiddel bij programma's voor consultvoering. Het lijkt mij een goed idee voor waarneem- en vergelijkbare groepen een aantal bijeenkomsten aan steeds een hoofdstuk te wijden.

J. Courant