

De beste behandeling bij nekpijn

Jacques Geraets

In deze H&W presenteren Schellingerhout et al.¹ in een mooi helder artikel een beslismodel voor de behandeling van patiënten met specifieke nekpijn in de huisartsenpraktijk. Zij stelden een predictiemodel op na zorgvuldige analyse van de prognostische factoren van drie in Nederland uitgevoerde gerandomiseerde onderzoeken naar de effecten van behandelingen bij specifieke nekpijn in de eerste lijn. De huisarts zou de kans op herstel bij patiënten met nekpijn met ongeveer een kwart kunnen verhogen als hij bij de keuze tussen afwachtend beleid, fysiotherapie of manuele therapie rekening houdt met de factoren pijnintensiteit, leeftijd en aan-/afwezigheid van lage rugklachten.

Relevantie

Klinische predictieregels (KPR) zijn relatief nieuw in de evidence-based praktijk. Deze regels worden opgesteld op grond van voorspellende variabelen uit anamnese en lichamelijk onderzoek bij individuele patiënten. Ze kunnen hulp bieden bij het nemen van klinische beslissingen. Er bestaan diagnostische regels, prognostische regels en prescriptieve of verwijzende regels. Klinische predictieregels zouden de patiënttevredenheid kunnen verhogen, een bijdrage kunnen leveren aan efficiëntere diagnostiek en behandeling, en daarmee de kosten kunnen reduceren.²

Er was tot nu toe beperkt bewijs voor de effectiviteit van fysiotherapie en manuele therapie bij specifieke nekkklachten.^{3,4} Factoren als duur van de klacht en leeftijd van de patiënt beïnvloeden de prognose van nekkklachten. De invloed van deze factoren op het effect van de vaak toegepaste behandelingen was echter onbekend. Het was ook onduidelijk welke patiënten het meest gebaat zijn bij welke behandeling. Zonder dit inzicht worden de beschikbare behandelingen wellicht inefficiënt ingezet.

Het belang van het onderzoek van Schellingerhout et al. is dat zij de invloed van patiëntenkenmerken op de effectiviteit van afwachtend beleid, fysiotherapie of manuele therapie onderzochten. Dat leidde tot concrete aanbevelingen: jonge patiënten met veel pijnklachten zijn vooral gebaat bij een afwachtend beleid; patiënten met een lage of gemiddelde pijnintensiteit zijn meer gebaat bij fysiotherapie en voor elk onderzocht patiëntenprofiel lijkt manuele therapie een goede behandeling te zijn.

Auteursgegevens

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap,
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. J.X.R. Geraets, epidemioloog,
gezondheidswetenschapper, fysiotherapeut.
Correspondentie: j.geraets@nhg.org

Kanttekeningen

Klinische predictieregels moeten worden onderzocht op interne en externe validiteit. Bij de ontwikkeling van een regel is het belangrijk om bij aanvang een zo volledig mogelijk overzicht te krijgen van mogelijk voorspellende variabelen waarvan de predictieve waarden vervolgens worden geanalyseerd in een logistisch regressiemodel. Voor een prescriptieve of verwijzende regel geldt dat de validiteit van de regel daarna moet worden onderzocht in een gerandomiseerd effectonderzoek alvorens de regel in de klinische praktijk te implementeren.^{5,6}

Schellingerhout et al. hebben in hun analyses veertien factoren meegenomen die volgens de literatuur van invloed kunnen zijn op de prognose van nekkklachten (dus zonder dat de patiënt hiervoor wordt behandeld). Deze factoren zijn in de afzonderlijke onderzoeken vastgelegd om te kunnen beoordelen of de behandelingsgroepen bij aanvang van het onderzoek prognostisch gezien vergelijkbaar waren. Het is echter mogelijk dat er factoren niet in beschouwing zijn genomen die weliswaar niet veel prognostische waarde hebben, maar wel het effect van interventies duidelijk modificeren. Een sterke effectmodificer hoeft immers geen prognostische voorspeller te zijn.

De auteurs gaan ervan uit dat de effecten van de drie interventies, zoals die zijn gevonden in de genoemde drie trials, ook de echte effecten zijn. Voor een accuratere schatting van die effecten zouden ook de resultaten van eventuele andere onderzoeken systematisch moeten worden onderzocht.

Graded activity

Het is bovendien niet geheel duidelijk waarom de gedragsmatige tijdcontingente oefen therapie (ofwel *graded activity*) niet in het onderzoek werd meegenomen. In twee van de drie geïnccludeerde onderzoeken bleek de effectiviteit van deze behandeling vergelijkbaar met fysiotherapie, manuele therapie en afwachtend beleid. De auteurs stellen dat *graded activity* een weinig toegepaste behandeling is en voor de toepassing een uitgebreide training noodzakelijk is. Echter, fysiotherapeuten passen de principes van deze behandelingsvorm momenteel op grote schaal toe; de effectiviteit van *graded activity* is niet alleen onderzocht bij specifieke nekkklachten, maar ook bij andere klachten van het bewegingsapparaat.

Omdat pijnintensiteit de belangrijkste prognostische factor binnen het beslismodel blijkt te zijn, zou het interessant zijn geweest deze behandeling in het onderzoek te betrekken. *Graded activity* is namelijk een behandeling die niet primair is gericht op het verminderen van de pijnklachten, maar op het leren omgaan met de pijn en het verhogen van het activiteitsniveau ongeacht de pijn bij (specifieke) klachten van het bewegingsapparaat.

Twee opmerkingen

Een belangrijke opmerking betreft verder de inhoud van het afwachtend beleid door de huisarts. Door het ontbreken van een NHG-Standaard op dit gebied is het beleid van de huisarts bij specifieke neklachten niet duidelijk gedefinieerd. De onderzoekers omschrijven afwachtend beleid als het beleid dat door de huisarts is gevoerd in een van de onderzoeksgroepen van de onderzochte onderzoeken: informatie over prognose en zelfzorgadviezen, een informatiefolder met ergonomische adviezen, oefeningen om kracht en functie te verbeteren en indien gewenst analgetica. Het is belangrijk dat de huisarts dit beleid voor ogen heeft bij het eventueel toepassen van de beslisregel.

Een laatste opmerking betreft de externe validiteit. Om die te beoordelen dient de waarde van een dergelijke predictieregel opnieuw te worden getoetst in een andere populatie. Pas daarna kan goed worden beoordeeld of de regel ook daadwerkelijk bruikbaar is voor de alledaagse zorg voor patiënten.

Intermezzo

Bezuinigen

U koopt geen Ferrari meer, maar een leuke middenklasser. Net zo gaat minister Bos bezuinigen, op de zorg wellicht. Natuurlijk wil niemand minder dienstverlening en vakmanschap. Toch gebeurt dat soms. Er is bijvoorbeeld net bezuinigd op de medicijnenleverantie. De apotheken worden financieel afgeknepen. Te veel apotheken hadden geen moderne dienstverlening en geen kwaliteitsprogramma's met huisartsen. Zonder dienstverlening houd je geld over, met dienstverlening heb je een passend salaris. De beroepsgroep apothekers heeft dit verschil tussen een deftige drogist en een echte apotheek te lang toegestaan. Nu moeten de goeden onder de kwaden lijden. Alle apotheken worden gekort. In Almere, goede apothekers, worden daarom een paar apotheken omgebouwd tot afhaaloketten. Iets minder dienstverlening dus, al is het geen ramp.

Nu de volgende stap: goedkopere medicijnen. Dit is geprobeerd door apothekers te dwingen een bepaald merk medicijnen te kiezen, desnoods met verlies. Dat is lekker makkelijk, bestuurskundig gezien. Moeilijker, maar wel beter, is het om de producentenprijs dwingend te verlagen. Laten we 30% bezuinigen op de aankoop-prijs van medicijnen. Dat scheelt wellicht 0,5% op de jaarlijkse zorgkosten, twee miljard. Dat zijn leuke dingen voor de regering, maar het heeft zijn prijs. Het dure onderzoek naar nieuwe medicijnen zal afzakken. Is dat erg? Ik denk het niet. Eens per vijf jaar een revolutionaire doorbraak op medicijngebied wordt eens per tien jaar iets nieuws. We gaan dan vijf jaar achterlopen. Voor een paar

Literatuur

- 1 Schellingerhout JM, Verhagen AP, Heymans MW, Pool JJM, Vonk F, Koes BW, et al. Een beslismodel voor specifieke nekpijn. *Huisarts en Wet* 2009;52:384-90.
- 2 Childs JD, Cleland JA. Development and application of Clinical Prediction Rules to improve decision making in physical therapist practice. *Phys Ther* 2006;86:122-31.
- 3 Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P, Bronfort G. Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD004249.
- 4 Kay TM, Gross A, Goldsmith C, Santaguida PL, Hoving J, Bronfort G. Exercises for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD004250.
- 5 McGinn TG, Guyatt GH, Wyer PC, Naylor CD, Stiell IG, Richardson WS. Users' guide to the medical literature: XXII. How to use articles about clinical decision rules. Evidence Based Medicine Working Group. *JAMA* 2000;284:79-84.
- 6 Reilly BM, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice; impact of using prediction rules to make decisions *Ann Intern Med* 2006;144:201-9.



Foto: Shutterstock/figyou

mensen met zeldzame ziekten is dat erg, voor de rest niet. Als de dienstverlening voor mensen en de kwaliteitsbewaking bij vaklui maar op orde blijft. Dienstverlening en vakmanschap, dat lijkt me belangrijker dan de nieuwste medicijnen. Liever een uitstekende middenklasser bij een betrouwbare garage, dan een nieuwe Ferrari en een onbetrouwbare garage.

Nico van Duijn