

## 'Verwijs bij nekpijn eerder naar manuele therapie'

Afgelopen najaar promoveerde Jasper Schellingerhout, huisarts in Etten-Leur, op zijn proefschrift *Neck Pain in Primary Care: Prognosis and Methodology*. Hij vertelt over de bevindingen uit zijn onderzoek die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

### Methodologische voorkeur

In het proefschrift van Schellingerhout neemt zijn methodologisch onderzoek een prominente plaats in. Waarom heeft hij hier zo nadrukkelijk voor gekozen? 'Allereerst heb ik affiniteit met methodologisch onderzoek. Voordat ik aan mijn promotieonderzoek begon, heb ik een masters-opleiding gedaan in klinische epidemiologie en daarbij bleek dat ik de methodologische kant erg leuk vond. Ik heb het onderzoek dan ook met veel plezier gedaan. Wat betreft de keuze voor specifieke nekpijn, lag het voor de hand dat het bij een

promotieonderzoek aan de Erasmus Universiteit zou gaan om het bewegingsapparaat. Op dit gebied waren er enkele onderwerpen die aandacht behoeften en voor dit onderzoek was subsidie beschikbaar. Dat heeft mijn uiteindelijke keuze bepaald.'

### Vraagtekens bij vragenlijsten

Schellingerhout onderzocht de waarde van vragenlijsten waarmee onder andere het beloop van de klachten wordt beoordeeld. 'Huisartsen gebruiken dergelijke lijsten niet vaak, fysiotherapeuten doen dat bijvoorbeeld vaker. We hebben de meetkarakteristieken van alle nekspecifieke vragenlijsten onderzocht en daaruit kwam de Neck Disability Index als beste naar voren. Maar dat is wel bij gebrek aan beter!'

Volgens Schellingerhout zijn er namelijk kanttekeningen te plaatsen bij het gebruik van vragenlijsten. 'Het is als huisarts belangrijk om je bij het lezen van onderzoek – en vooral bij trials – te realiseren dat de resultaten van nekspecifieke vragenlijsten vaak als uitkomstmaat worden gebruikt. Ik vraag me af of dat wel betrouwbaar is, want het is dubieus of dergelijke vragenlijsten de onderzochte effecten wel kunnen aantonen.'

### Gebrekkige 'vertaling'

Een van de kanttekeningen die Schellingerhout plaatst bij dit soort vragenlijsten, is dat de vertalingen ervan geen rekening houden met 'transculturele validering'. Wat bedoelt hij daar precies mee? 'Iemands culturele achtergrond maakt uit bij de vragen die je het best kunt stellen om de ernst van de klachten te bepalen. In Nederland is bijvoorbeeld een vraag of je nog kunt autorijden heel relevant. Maar in landen waar lang niet iedereen een auto heeft, kunnen niet alle patiënten zo'n vraag beantwoorden en dan mis je dus ook de weg van dat aspect. Hetzelfde geldt voor de vraag of je nog een boek kunt lezen. Daar komt bij dat pijnbeleving niet universeel bepaald is. En het maakt bijvoorbeeld uit of je al dan niet uit een werkende cultuur komt met een volledige zorgopvang. Iemand die geen

achtervang heeft, blijft toch zijn werkzaamheden uitvoeren, nekpijn of niet.'

'Tot op heden werd geen rekening gehouden met die verschillen in culturele achtergrond, maar ons onderzoek laat duidelijk zien dat dit onterecht is. Dat is een heel interessante bevinding, want hetzelfde geldt dan waarschijnlijk ook voor andere vragenlijsten. Bijna altijd wordt gevraagd naar de ziektelast en -beleving van de patiënt, maar daarbij zul je dus vermoedelijk altijd culturele verschillen zien. Want wat geldt voor de vragenlijsten over nekpijn, geldt ongetwijfeld ook voor vragen over bijvoorbeeld COPD.'

### Prognostische factoren

Schellingerhout heeft een prognostisch model ontwikkeld dat de kans op blijvende klachten inschat bij patiënten met aspecifieke nekkklachten. Van de zeventien variabelen die hierbij werden meegenomen, bleken er negen het beloop te voorspellen. Het valt op dat de aanwezigheid van hoofdpijn invloed heeft op het gewicht dat aan een aantal andere prognostische factoren moet worden toegekend. 'Als er sprake is van nekpijn gecombineerd met hoofdpijn, dan heeft bijvoorbeeld uitstralende pijn naar elleboog en schouder een groter negatief effect op de prognose dan als er alleen nekpijn is. En bij de combinatie met hoofdpijn wordt ook aan eerder doorgemaakte nekkklachten een groter prognostisch effect toegekend. Het is dus een samenspel van allerlei factoren, waarbinnen hoofdpijn een modifierend effect heeft.'

Met de scoretabel kan aantoonbaar beter dan voorheen worden voorspeld of de patiënt na zes maanden al dan niet van zijn nekkklachten is hersteld. Schellingerhout: 'Nu alle factoren zijn gebundeld kun je dus iets zeggen over de prognose van de klachten na zes maanden, maar alle factoren op zich hebben een sterk wisselend effect op de prognose. De gemiddelde huisarts zal dit model dan ook niet vaak gebruiken in de praktijk. Wel kan het model goed worden toegepast om hoog-risicopatiënten te selecteren voor nader onderzoek naar optimale behandelingswijzen.'



### Nuttig beslismodel

Het meest bruikbaar voor de huisarts vindt Schellingerhout het door hem ontwikkelde beslismodel [figuur]. Aan de hand van overzichtelijke criteria is hieruit de optimale behandeling van specifieke nekpijn af te lezen. Opvallend is dat alle patiënten baat blijken te hebben bij manuele therapie. Alleen bij patiënten met veel pijn wordt *usual care* aanbevolen, ofwel afwachten en pijnstilling. ‘Het is belangrijk je te realiseren dat het model is ontwikkeld op basis van statistiek. Toch trek je als huisarts bij een functionele benadering wel degelijk dezelfde conclusie: bij veel pijn geef je eerst pijnstilling.’

De aan- of afwezigheid van lagerugpijn is het tweede onderscheidende element in het beslismodel. Heeft Schellingerhout een verklaring gevonden voor de wederzijdse beïnvloeding van lagerugpijn en nekpijn? ‘Als je je op statistiek baseert en niet op consensus, is niet altijd alles verklaarbaar. Maar we hebben duidelijk aangetoond dat lagerugpijn – en overigens ook een hogere leeftijd – onderscheid maakt in de keuze voor de effectiefste behandeling. Overigens zie ik de associatie van lagerugpijn met nekpijn wel, maar niet de prognostische effectmodificatie ervan.’

### Het eigen beleid

Heeft Schellingerhout het beleid bij zijn eigen patiënten met specifieke

nekpijn aangepast naar aanleiding van zijn onderzoeksbevindingen? ‘Jazeker, ik gebruik nu ook het beslismodel, want dat is simpel en gemakkelijk toepasbaar. Voorheen koos ik bijna altijd voor *usual care* en eventueel verwijzing naar een fysiotherapeut. Die besloot dan vervolgens of er manuele therapie moest worden ingezet. Vooral als bewegingsbeperking op de voorgrond staat, stuur ik tegenwoordig zelf meer gericht de patiënt naar manuele therapie door. Dat is nog niet algemeen ingeburgerd, maar ik zou het ook aan andere huisartsen adviseren, zeker als de pijn niet overheersend is.’

### Zure regen...

Een van de stellingen bij het proefschrift luidt: ‘Het broeikas-effect is de hedendaagse versie van de zure regen. De (maatschappelijke) impact ervan wordt meer bepaald door de media dan door de wetenschappelijke feiten.’ Kan Schellingerhout dit toelichten? ‘Ik vind het maar de vraag hoe onderzoek de mensen bereikt. Dat heeft minder met de kwaliteit van het onderzoek te maken dan met de nieuwwaarde en de manier waarop de media het brengen. Destijds werd zure regen heel groot naar buiten gebracht, als was het einde van de wereld in zicht. Toen die zure regen toch minder impact had dan was gedacht, is het fenomeen in de vergetelheid geraakt. Zo ook hoor je steeds wis-

selende dingen over het broeikas-effect; dat vind ik allemaal nog steeds heel matig onderbouwd. Met de resultaten van medisch onderzoek zal dat heus niet anders gaan.’

### Na de promotie

Schellingerhout heeft per juli 2011 een huisartsenpraktijk overgenomen. Is er nu nog tijd voor vervolgonderzoek? ‘Op

dit moment niet, maar ik sluit niet uit dat ik wel weer iets ga oppakken. Ik zou alleen nog niet weten in welke richting dat dan zou gaan.’

Komen uit zijn promotieonderzoek nog onderwerpen naar voren waarvan Schellingerhout meent dat vervolgonderzoek nodig is? ‘Nekklachten behoren tot de meest voorkomende problemen die de huisarts ziet, dus daar wordt veel onderzoek naar gedaan. Tot dusver rolt daar helaas weinig uit waar de patiënt baat bij heeft. Ik denk dat de methode die wij hebben gekozen een heilzamer weg biedt. Het is beter om bij onderzoek niet de hele groep te selecteren maar de patiënten op basis van kenmerkende factoren te includeren. Wellicht zal dat leiden tot betere resultaten.’

Zet Schellingerhout wel zijn lidmaatschap van de Raad van Advies voor Huisarts en Wetenschap voort? ‘Ik kwam bij de Raad in 2008 omdat ik het interessant vond om bij H&W betrokken te zijn. Je krijgt een kijkje in de keuken van zo'n blad en het is leuk om te zien hoe het daar reilt en zeilt, en om als klankbord voor de redactie te fungeren. Dit soort activiteiten is ook goed te combineren met de praktijk, dus dat zal ik zeker blijven doen.’

### Pleidooi voor aiotho's

Tot slot wil Schellingerhout een lans breken voor het aiotho-traject. ‘Toen ik met mijn onderzoek begon, was dat nog niet zo bekend, maar nu neemt het echt een vlucht. Het enthousiasme vanuit de universiteiten én van de aiotho's is heel groot. Terrecht, want zo kunnen we inzichten en ervaringen aanwenden die nodig zijn om onderzoek ook goed toepasbaar te maken voor de huisarts. Bovendien krijgen we een grotere pool van wetenschappelijk gevormde huisartsen en dat zal volgens mij leiden tot een hoger niveau van de huisartsgeneeskunde. Dat aiotho-traject is dus een uitstekende ontwikkeling geweest!’ ■

Ans Stalenhoef

Figuur Beslismodel specifieke nekklachten

