

Psychologische factoren

Vragenlijsten bij patiënten met lage rugpijn

Lage rugpijn is een aandoening met een risico op een chronisch beloop door de negatieve invloed van fysieke, psychologische en emotionele factoren.^{1,2} Psychologische factoren zijn vaak geassocieerd met een slechte prognose en de ontwikkeling van chronische lage rugpijn.^{3,4,5,6,7}

Tekst: Hank Hallegraeff, Leonie van Zweden, Emiel van Trijffel en Rob Oostendorp

Een van de aanbevelingen in internationale richtlijnen voor lage rugpijn is om psychologische factoren zoals distress, angst, onzekerheid, depressie, somatisatie, catastroferen, vermijdingsangst, kinesiofobie, ziektepercepties en kwaliteit van leven te inventariseren. In de recente KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom wordt lage rugpijn ingedeeld in drie profielen op basis van een risicoanalyse van biomedische, psychologische en sociale factoren.⁸ Op basis van deze prognostische factoren stellen manueel therapeuten een risicoprofiel op en formuleren zij onderzoeksdoelen en -middelen. Bij patiënten met profiel 2 of 3 zijn psychosociale factoren aanwezig die het beloop van lage rugpijn negatief beïnvloeden. In de KNGF-richtlijn, in tegenstelling tot internationale richtlijnen, worden specifieke psychologische vragenlijsten geadviseerd om de ernst en de aard van de psychologische factoren te kwantificeren.⁸ Het behandeladvies bij alle profielen bestaat uit pijneducatie (ontstaan van pijn, geruststelling, kans op recidief en kans op herstel). Bij profiel 2 of 3 ligt de focus meer op een gecombineerde gedragsgeoriënteerde benadering in combinatie met oefentherapie die aansluit bij de behoeften, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt en de kennis en vaardigheden van de manueel therapeut.^{4,8,9} Manuele therapie bij patiënten met profiel 2 of 3 wordt aanbevolen binnen de context van een bredere behandelstrategie.^{8,10,11,12} Het evalueren van het risico op een slechte prognose voor functioneel herstel en de beslissing voor een meer

psychologisch georiënteerde aanpak zijn voor manueel therapeuten belangrijke redenen om psychologische factoren te bevragen tijdens de anamnese en vast te leggen in het patiëntdossier. Eerder onderzoek liet zien dat psychologische factoren door manueel therapeuten onvoldoende worden geïntegreerd in de vier fasen van het klinisch redeneerproces (anamnese en onderzoek, behandelplan, behandeling en evaluatie) met name tijdens de anamnese, als onderdeel van de diagnostiek.¹³

Dit onderzoek richtte zich op de vraag of psychologische factoren tijdens de anamnese worden bevraagd en geregistreerd en hoe vaak psychologische vragenlijsten worden gebruikt door manueel therapeuten ter aanvulling op de anamnestiche gegevens en ter bepaling van

het behandelprofiel bij patiënten met lage rugpijn.

Methode

Design

Het design is een cross-sectionele online enquête onder manueel therapeuten die werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Deelnemers

Inclusie: manueel therapeuten die zijn afgestudeerd na 2013 en patiënten met lage rugpijn behandelen. Via een rechtstreekse uitnodiging aan de alumni van SOMT University of Physiotherapy en via de nieuwsbrief van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT) is de enquête uitgezet. In totaal zijn 944 manueel therapeuten



Foto: Wiep van Apeldoorn

Tabel 1

Leeftijd in jaren (gemiddelde [SD])	33.4 (6.8)
Diploma manuele therapie (mediaan)	2016
Diploma fysiotherapie (mediaan)	2009
Ervaring manuele therapie (jaren; gemiddelde [SD])	4.1 (4.8)
Ervaring fysiotherapie (jaren; gemiddelde [SD])	10 (6.3)
Werkzaam per week (uren; gemiddelde [SD])	34.0 (8.2)
Werkzaam per week (uren) met patiënten lage rugpijn (gemiddelde [SD])	13.8 (6.5)
Functie binnen de praktijk (n; %)	
- Dienstverband	82 (73)
- Praktijkeigenaar	20 (18)
- Management	9 (8%)
- Freelance	1 (0.8)

Kenmerken van de deelnemende manueel therapeuten (n=112); SD = standaarddeviatie

uitgenodigd via e-mail of via de nieuwsbrief van de NVMT.

Online enquête

De vragenlijst bestond uit 13 items met een score op een vijfpunts-Likert-schaal variërend van 'nooit' tot 'altijd', voor aandacht voor psychologische factoren tijdens de anamnese (één item), gebruik van psychologische vragenlijsten (twee items), en aandacht voor psychologische aspecten tijdens de vier fasen van het manueel therapeutisch klinisch redeneerproces (anamnese en onderzoek, behandelplan, behandeling, en evaluatie; vier items). De overige zes items betroffen inventarisatie van demografische gegevens van de manueel therapeuten. De volgende psychologische factoren zijn geïnventariseerd: angst, depressie, distress, catastroferen, somatisatie, vermijdingsangst, kwaliteit van leven, kinesiofobie en ziektepercepties. De inhoud van de behandelmodaliteiten werd niet gedocumenteerd. De checklists van SURGE en CHERRIES zijn gebruikt als leidraad voor het rapporteren van de enquête en om vertekening, onjuist gebruik en verkeerde interpretatie te voorkomen.¹⁴

Elektronische patiëntendossiers

Geanonimiseerde elektronische patiëntendossiers (EPD) zijn retrospectief gescreend in vijf willekeurige praktijken in de provincie Zeeland. Het betreft EPD's van patiënten met lage rugpijn die het afgelopen half jaar in behandeling zijn geweest bij manueel therapeuten. De EPD's werden handmatig gescreend op het gebruik van de psychologische vragenlijsten die door de richtlijn worden geadviseerd:⁸

- distress/depressie/angst/somatisatie: Vier Dimensionele Kwaliteit van Leven vragenlijst (4DKL);
- depressie/angst: Hospital Anxiety Depression Scale (HADS);
- catastroferen: Pain Catastrophizing Scale (PCS);
- vermijdingsangst: Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ);
- kinesiofobie: TAMPA Schaal (TSK);
- ziekteperceptie: Illness Perception Questionnaire-B (IPQ-B);
- kwaliteit van Leven: EuroQol 5-D (EQ-5D);
- psychosociale factoren: Acute Low Back Pain Screening Questionnaire (ALBPSQ);
- psychologische factoren: StarT Back Screening Tool (SBST).

Aanvullend werd het gebruik van de volgende vragenlijsten geïnventariseerd:

- angst: Pain Anxiety Symptom Scale (PASS);
- kwaliteit van Leven: Quality of Life Short Form-36 (SF-36).

Data-analyse

Demografische kenmerken (leeftijd, jaar van afstuderen, werkervaring, wekelijkse werktijd in het algemeen en met patiënten met lage rugpijn en werksetting) werden beschreven als gemiddelden met standaarddeviaties (SD) van normaal verdeelde data, en met mediaan en minimum-maximumwaarden bij niet-normaal verdeelde data. Beschrijvende ordinale variabelen werden berekend als medianen en interkwartiel afstand (IKA). De online enquête is in *QuestionPro* uitgevoerd en geanalyseerd met behulp van *IBM SPSS Statistics* versie 26.0.

Resultaten

Honderdtwaalf (12%) volledig ingevulde enquêtes waren beschikbaar voor analyse. De meeste deelnemers waren lid van de NVMT en hebben gestudeerd aan SOMT University of Physiotherapy te Amersfoort. Demografische gegevens van de deelnemende manueel therapeuten (n=112) zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 2 (zie www.kngf.nl/fysiopraxis) geeft de frequentie weer van de aandacht voor psychologische factoren tijdens het klinisch redeneerproces. De meeste aandacht voor psychologische factoren is tijdens de anamnese en onderzoek, daarna gevolgd door behandelplan, behandeling en evaluatie.

Tabel 3 (zie www.kngf.nl/fysiopraxis) geeft de frequentie weer van de bevestiging van psychologische factoren tijdens anamnese. De manueel therapeuten gaven aan 'dikwijls' of 'altijd' aandacht te besteden aan psychologische factoren tijdens de anamnese, met de meeste aandacht voor distress (n = 93 [82%]), kinesiofobie (n = 78 [70%]), en angst/ onzekerheid (n = 69 [61%]). Catastroferen werd het minst bevestigd.

Tabel 4 (zie www.kngf.nl/fysiopraxis) laat zien hoe vaak manueel therapeuten psychologische vragenlijsten gebruikten als aanvulling op de anamnestic gegevens. De mediane scores waren 'nooit' voor de HADS, PASS, PCS, IPQ, ALBPSQ, en EuroQol en 'zelden' voor de overige vragenlijsten. De ondergrenzen van de interkwartiel afstanden lagen bij 'nooit' voor alle vragenlijsten, terwijl de bovengrens bij 'dikwijls' lag voor de StarT Back Screening Tool.

Dossieronderzoek

Tweehonderdenvierenzeventig EPD's zijn retrospectief en anoniem beoordeeld op de registratie van de aard en de frequentie van psychologische factoren tijdens de anamnese. Zeven EPD's (2,6%) vermelden één psychologische factor; 'kinesiofobie' (3x), 'distress' (2x) en 'coping' (2x).

Discussie

De resultaten zijn consistent met een vergelijkbare studie die concludeerde dat de toepassing van de biopsychosociale benadering niet wordt toegepast door manueel therapeuten.^{15,16}

Toepassing van de richtlijn

Implementatie van de aanbevelingen in de recente KNGF-richtlijn in het praktisch handelen van manueel therapeuten vraagt om een integratie van psychologische factoren en het gebruik van psychologische vragenlijsten binnen de context van het stapsgewijs klinisch redeneerproces om gevalideerde multidimensionale metingen te combineren tot diagnostische cues en expliciete behandeldoelen.^{8,17} Vooral de kloof tussen de anamnese en onderzoeksdoelstellingen en onderzoek enerzijds en de behandelplan en behandeling anderzijds blijft een punt van aandacht voor manueel therapeuten. Helaas ontbreekt een op consensus en kwaliteitsindicatoren gebaseerd, meetbaar model voor het klinisch redeneren dat is gebaseerd op richtlijnen in het algemeen en deze richtlijn in het bijzonder.¹⁸

Knelpunten voor toepassing van biopsychosociale benadering

Mogelijke oorzaken voor deze uitkomst van dit onderzoek zijn: onvoldoende scholing, gebrek aan uniforme aanbevelingen of onvoldoende gebruik van richtlijnen, niet geschikt voor de individuele patiënt, moeilijkheid om psychologische aspecten te integreren in het proces van klinisch redeneren, transparantie van het klinisch redeneren, gebrek aan kennis over pijn-neurowetenschappen, een biomedische visie en benadering in een behandelstrategie gebaseerd op persoonlijke ervaring.^{13,17,19,20} Bij de beoordeling van de EPD's zagen we dezelfde trend.^{21,23} Er wordt vermeld dat psychologische factoren wel worden besproken tijdens behandelcontacten, maar dat de mate waarin deze factoren tijdens het klinisch redeneerproces worden besproken, wellicht worden overschat.^{13,22}

Gevolgen voor de praktijk

Het is evident dat transparantie en meetbaarheid van het klinisch redeneerproces de implementatie van de aanbevelingen in richtlijnen ten goede komen en noodzakelijk zijn om de voorspellende waarde van psychologische factoren voor het behandelplan en behandeling te duiden.²¹ Het is bemoedigend dat de recente KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom sturing geeft in de keuze van psychologische vragenlijsten. Manueel therapeuten lijken in de klinische praktijk echter meer te vertrouwen op intuïtie en persoonlijke ervaring dan op gevalideerde

vragenlijsten wat de transparantie van het klinisch redeneerproces ten goede zou komen en behandeldoelen zouden kunnen worden gekwantificeerd. Door patiënten wordt nog vaak een benadering vanuit biomedisch perspectief verwacht, in plaats van psychologische interacties te ontrafelen vanuit een biopsychosociaal perspectief.²⁴ Manueel therapeuten voelen zich onvoldoende voorbereid om psychologische factoren te integreren in het behandelproces wat weer aansluit bij de meer biomedische oriëntatie van de manueel therapeut zelf en bij de verwachting van de patiënt.¹⁸ Bovendien worden veel psychologische factoren niet direct gerelateerd aan het lichamelijk disfunctioneren en zijn ook niet altijd beïnvloedbaar maar hebben wel invloed op de pijnbeleving.²⁵

Beperkingen van dit onderzoek

De term 'enquête' kan hebben geleid tot een lage respons en bias kan zijn ontstaan door non-respondenten, waarbij een herinnering binnen een kortere tijd een toename in de respons had kunnen geven.²⁶ Het kan niet worden uitgesloten dat door regelmatige *auditing* de kwaliteit van EPD's in de Nederlandse eerste-lijns fysiotherapie adequaat is, maar dat het format van de onderzochte EPD's een beperkende factor was om psychologische constructen en vragenlijsten te registreren.²⁷ Bovendien kan de generaliseerbaarheid van deze studie beperkt zijn omdat de steekproef met name bestond uit jonge(re) manueel therapeuten.

Kansen

Manueel therapeuten zouden zich bewust moeten zijn dat kennis over en de toepassing van psychologische factoren bij musculoskeletale aandoeningen in het algemeen en bij lage rugpijn in het bijzonder onvoldoende aanwezig zijn.²⁸ Onderwijs in toepassing van het biopsychosociale model en daardoor een meer psychologisch geïntendeerde benadering door manueel therapeuten zouden moeten worden aangemoedigd. Dit sluit aan bij de recente KNGF-richtlijn en internationale aanbevelingen.^{8,17,29} Ook toename van kennis van de pijnneurowetenschappen is wenselijk, zodat een op wetenschappelijke evidentie gebaseerde pijneducatie kan worden aangeboden in alle profielen van de richtlijn, met het bevorderen van beweeggedrag – met of zonder pijn – als uiteindelijk

doel.^{8,30,31,32} In de KNGF-richtlijn worden prognostische (herstel belemmerende) factoren gekoppeld aan de meest passende interventie strategie.⁸ Het advies is bovendien om mobilisaties en/of manipulaties bij patiënten met profiel 2 of 3 niet als enkelvoudige interventie aan te bieden maar te integreren in een bredere aanpak.

Conclusie

Manueel therapeuten geven aan dat zij psychologische factoren in ruime mate bevragen, maar registreren deze informatie nauwelijks in de dossiers van patiënten en gebruiken zelden psychologische vragenlijsten bij patiënten met lage rugpijn. Educatieve en implementatiestrategieën zijn nodig om het gebruik van en de toepassing van psychologische factoren te integreren in alle fasen van een transparant klinisch redeneerproces bij patiënten met lage rugpijn.



Dr. Hank Hallegraef, hoofd
Musculoskeletale Echografie,
SOMT University of Physiotherapy,
Amersfoort

Drs. Leonie van Zweden, fysiotherapie en manuele therapie SaFyR, Krabbendijke

Dr. Emiel van Trijffel, SOMT University of Physiotherapy, Amersfoort; Ziekenhuisgroep Twente, ZGT Academy, Almelo; afdeling Kinesitherapie, Menselijke Fysiologie en Anatomie, Faculteit Lichamelijke Opvoeding en Kinesitherapie, Vrije Universiteit Brussel, België

Prof. dr. Rob Oostendorp, Scientific Institute IQ healthcare, Radboudumc Nijmegen; Opleiding Manuele Therapie, Faculteit Geneeskunde en Farmacie, Vrije Universiteit Brussel, België; *Pain in Motion International Research Group*, faculteit Lichamelijke Opvoeding en Kinesitherapie, Vrije Universiteit Brussel, België



h.hallegraef@somt.nl



Literatuur en tabellen 2 t/m 4:
www.kngf.nl/fysiopraxis