

Peer review met vastgelegd thema 2021

Klinische evaluaties – Casussen extra

Casus 1 – Indra

(1) Welke soort klinische evaluatie gebruik je om bovenstaande hypothesen af te toetsen? Klinische testen of PREM/ PROM's? Waarom?

1. Hypothese 1: nagaan met een PROM: geeft inzicht in de mate waarin houdingen, gedragingen, gevoelens, persoonlijke factoren of omgeving van de patiënt een invloed kunnen hebben.
2. Hypothese 2: nagaan met een klinische test: dient voor het meten van bewegingsdysfunctie
3. Hypothese 3: nagaan met een PROM

(2) Welke van de 3 vragenlijsten kies je om naar de pijn van Indra te peilen? Waarom?

De NRS is het meest aangewezen meetinstrument om op gestandaardiseerde wijze naar pijn te peilen. Het voordeel van deze schaal is dat deze gemakkelijk af te nemen en te interpreteren is.

De Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire geeft eerder informatie over de mate van functionele beperkingen door pijn bij de patiënt met rugklachten.

Je maakt een keuze maken op basis van de geldende richtlijnen en jouw kennis. De test die je kiest is wetenschappelijk onderbouwd en test wat je wil weten.

(3) Hoe zou je deze score op de NRS-schaal communiceren naar Indra toe? Hoe verwoord je dit resultaat? Wat vertel je en wat vertel je niet? Waarom?

Tip: Stel vooral gerust, hier is geen sprake van een zwaar letsel.

(4) Ken je iets meer functionele uitgangshoudingen waarin we deze gluteus medius functie kunnen stimuleren? (alle houdingen in stand)

Zodoende 2 voorbeelden in stand:

Vb. 1 In stand naast een verticaal trekapparaat (dynamische kruk) of weegschaal op tafel (statische steun), leren steunname te nemen op 1 been en stelselmatig het gewicht of de steun in de contralaterale hand verminderen, indien de gewichtsnamen en oprichting gelijk blijven (geen ipsilaterale rompshift, noch hip drop contralateraal) zal het aandeel van de gluteus medius stijgen. Steeds statisch 10 tellen aanhouden, vele korte reeksen...

Vb. 2 In stand dwars met contralaterale schouder tegen de muur, langzaam op één been gaan staan, contralateraal knie 45° opwaarts en zijwaarts tegen de muur duwen en gelijktijdig lichte semi-knieflexies uitvoeren op aangedane zijde, zonder houdingsverlies. Elevatie van het bekken in concentraische fase, strekken van de knie kan...

(5) Welke vragenlijst zou je kunnen gebruiken om te peilen naar de sociale en psychische factoren die een invloed kunnen hebben op haar participatie? Waarom?

De Tampaschaal voor Kinesiofobie (TSK) is hier het meest aangewezen. Dit is een vragenlijst die een indruk geeft van de mate van pijngerelateerde vrees bij patiënten met lage rugpijn (LRP) of fibromyalgie. Met deze vragenlijst kan worden geïnventariseerd of het activiteitsniveau van de patiënt beïnvloed wordt door vrees voor letsel/weefselschade met vermijdingsgedrag als gevolg. De vragenlijst bestaat uit 17 items waarbij een hogere score staat voor een hogere mate van bewegingsvrees. (www.meetinstrumentenzorg.nl)

(6) Raadpleeg dit meetinstrument (zie extra document). Wat betekent Indra's score van 40/68 op de TSK?

≤ 37: geen bewegingsangst

> 37: wel bewegingsangst

(7) Hoe bevestig je de oorspronkelijke 3 hypothesen die je formuleerde bij aanvang?

	Oorspronkelijke hypothese bij aanvang	Bevestiging van de hypothese
1.	Geen sociale en psychische events die een prominente rol spelen, anatomische eigenschappen van de LWK (lumbale wervelkolom) zijn conform de leeftijd.	Degeneratie op de LWK, conform de leeftijd. Geen sociale events die een prominente rol spelen.
2.	Eén of meer bewegingsdysfuncties kan klachten in de heup, bekken of LWZ (lumbale wervelzuil) regio onderhouden of intermitterend uitlokken.	Heup/ bekken/ LWZ: verstoorde neuromusculaire controle met bewegingsdysfunctie (na aanleersessie geen 5 herhalingen van een gewenste heupabductie met exorotatie controle mogelijk, noch bekken positie houden tijdens het knieheffen in unipodaal stand).
3.	Sociale en/ of psychische factoren die mogelijk prominente rol kunnen spelen en zodoende een grote invloed hebben op de klachten.	Duidelijk aantoonbare bewegingsangst en ook gelinkt aan de vermelde verminderde beweegparticipaties.

Casus 2 - Peter

(1) Anamnestisch gezien is er geen actieve zorgvraag. Waarmee ga je bijgevolg van start? Waarom?

Peters motoriek is sinds de vorige behandeling afgenomen. Om een objectief beeld te krijgen van zijn achteruitgang, neem je best dezelfde testen opnieuw af. Hierop kan je je vervolgens baseren bij het opstellen van je behandelplan.

(2) Tot welke soort klinische evaluatie behoren de UPDRS, Hoehn et Yahr en Schwab et England testen?

Dit zijn alle drie klinische testen, die bewegingsdysfuncties meten.

(3) Wat betekenen deze resultaten?

De resultaten van de testen tonen aan dat de motorische capaciteiten van Peter wel degelijk verminderd zijn.

(4) Wat zou je doen om de lange termijn follow-up mogelijk te maken?

Voor de lange termijn follow-up, wil je ook enkele functionele klinische testen uitvoeren. Deze testen kan je dan regelmatig herhalen tijdens de behandeling om objectieve feedback te noteren over eventuele progressie.

(5) Peter en zijn partner lijken geen vooruitgang op te merken. Hoe pak je dit aan?

Je gebruikt de cijfers van testen die je tijdens de behandeling regelmatig herhaalt om Peter en zijn partner op een objectieve wijze aan te tonen dat er wel degelijk vooruitgang geboekt wordt. Daarnaast kan je hen aan de hand van de scores ook geruststellen. Je zorgt er wel voor dat je het cijfermateriaal in verstaanbare taal voor de patiënt verduidelijkt.

Bv. "Het lijkt misschien alsof je niet vooruit gaat, maar kijk eens naar deze resultaten. In het begin scoorde je op de Functional Reach test 20 cm en nu is dit al 24 cm! Dat betekent dat wat we doen langzaam toch werkt hoor. Plus Peter, een functioneel bereik van minder dan 15 cm is voorspellend voor een hoger valrisico. Daar zit je al een pak boven!"

(6) Na de eerste weken bevestigen testresultaten dat de fysieke mogelijkheden niet langer vooruit gaan. Wat doe je? Waarom?

De behandeling aanpassen is de beste optie. Wanneer je nu met andere tests evalueert, wordt het moeilijk om Peters hele traject objectief te volgen. Ook de huidige behandeling verderzetten is geen goede optie, omdat de cijfers je bewijzen dat Peter niet evolueert.

(7) Welke voordelen van het gebruik van klinische evaluatie in deze casus kwamen voor jou duidelijk aan bod?

- Progressie van de patiënt: beter en objectief op te volgen aan de hand van de cijfers van de klinische testen.
- Behandeling beter afstemmen: cijfers tonen geen evolutie meer dus de behandeling wordt aangepast.
- Communicatie: resultaten, progressie en keuzes objectief en kwaliteitsvol met je patiënt kunnen bespreken.