



SAMENVATTING

Volgens (inter)nationale richtlijnen vormen gesuperviseerde looptraining en leefstijlbegeleiding de eerstekeuzebehandeling voor personen met claudicatio intermittens (CI). Gezamenlijke besluitvorming, een aanpak voor onder andere fysio- en oefentherapeuten waarbij evidence-based kennis gecombineerd wordt met voorkeuren van de patiënt, wordt in deze richtlijnen aangemoedigd. Het daadwerkelijk toepassen van gezamenlijke besluitvorming blijkt in de praktijk echter beperkt. Voor de behandeling van mensen met CI is daarom een nieuwe prognosetool ontwikkeld om het proces van samen beslissen te ondersteunen, genaamd KomPas. KomPas geeft met grafieken voor ieder individu een persoonlijke prognose van het te verwachten resultaat van een behandeltraject. Met KomPas kunnen therapeuten een patiënt beter informeren over het te verwachten beloop en de uitkomst van de therapie. Dit vergroot de betrokkenheid van de patiënt, wat gezamenlijke besluitvorming faciliteert. Dit artikel geeft inzicht in de ontwikkeling en het gebruik van KomPas en de dataverzameling die daarmee gepaard gaat.

Laura Marcellis, Mickey Saes, Anneroos Sinnige, Thomas Hoogeboom, Steffie Spruijt

Drs. L.H.M. Marcellis, PhD-kandidaat, Radboud universitair medisch centrum Nijmegen

Drs. M.A.P.M. Saes, project-medewerker, Chronisch ZorgNet, Eindhoven

Drs. A. Sinnige, arts-onderzoeker, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Dr. T.J. Hoogeboom, assistant professor, Radboud universitair medisch centrum Nijmegen

Dr. S. Spruijt, landelijk coördinator, Chronisch ZorgNet, Eindhoven

LEERDOELEN

Na het bestuderen van dit artikel:

- weet u wat gezamenlijke besluitvorming inhoudt en wat de meerwaarde hiervan is voor de fysiotherapeutische praktijk;
- begrijpt u hoe routinematige dataverzameling tot stand komt en bijdraagt aan het genereren van een gepersonaliseerde voorspelling;
- begrijpt u hoe een gepersonaliseerde voorspelling in de prognosetool gemaakt wordt;
- kunt u een gepersonaliseerde voorspelling in de prognosetool interpreteren en toepassen.

Gezamenlijke besluitvorming door gebruik van KomPas

Een prognosetool voor de behandeling van personen met claudicatio intermittens

Inleiding

Gezamenlijke besluitvorming is een aanpak voor onder andere fysio-/kinesitherapeutische¹ en oefentherapeutische zorg waarbij evidence-based kennis gecombineerd wordt met de voorkeuren en verwachtingen van de patiënt met betrekking tot de behandeling.^{1,2} Patiënten worden op deze manier actief betrokken bij het nemen van beslissingen tijdens de behandeling en aangemoedigd om voorkeuren en gedachtes te delen met de behandelend fysio- of oefentherapeut. Samen beslissen draagt bij aan persoonsgerichte zorg, waarbij het doel is om de patiënt te ondersteunen en in staat te stellen om eigen regie en verantwoordelijkheid te nemen over de behan-

I In dit artikel verder aangeduid als 'fysiotherapeutisch'.

deling.^{3,4} Gezamenlijke besluitvorming kan op een positieve manier bijdragen aan de geleverde zorg. Samen beslissen wordt bijvoorbeeld geassocieerd met: duurzamere gedragsverandering, verbeterde therapietrouw en verbeterde patiënttevredenheid.⁵⁻⁷

Proces van gezamenlijke besluitvorming

Het proces van gezamenlijke besluitvorming bestaat uit drie fases. Het start met 'team talk', waarbij de therapeut de patiënt duidelijk maakt dat er meerdere opties mogelijk zijn en dat ze daarom samen een keuze moeten maken. Daarna volgt 'option talk'. Hierbij informeert de therapeut de patiënt over de verschillende behandelopties en worden relevante voor- en nadelen besproken. Het proces eindigt met 'decision talk', waarbij de voorkeuren van de patiënt worden besproken en ze uiteindelijk gezamenlijk een besluit nemen waarin kennis en voorkeuren worden geïntegreerd.^{5,8} Het concept van gezamenlijke besluitvorming is al jaren bekend in de gezondheidszorg.⁹ Uit onderzoek blijkt echter dat de toepassing in de dagelijkse fysiotherapiepraktijk beperkt is.^{7,10,11} Beslissingen omtrent de behandeling worden veelal door de therapeut genomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de beslissingen worden genomen in het belang van de patiënt en daarom als het domein van de therapeut worden gezien.¹⁰ Dit gebeurt ook bij de fysiotherapeutische zorg voor personen met claudicatio intermittens.¹²

Gezamenlijke besluitvorming bij claudicatio intermittens

Claudicatio intermittens (CI) is het meest voorkomende symptoom van perifere arterieel vaatlijden (PAV), een chronische ziekte veroorzaakt door atherosclerose van de arteriën in of naar de benen. Personen met CI ervaren krampende pijn in been- en/of bilspieren tijdens het lopen, die na enige minuten rust weer verdwijnt.^{13,14} Deze klachten ontstaan door een beperkte toename van de zuurstoftoevoer naar de spieren tijdens inspanning. Vergeleken met gezonde volwassenen ervaren personen met CI een beperking van de loopafstand en verminderde kwaliteit van leven.¹⁵ Volgens (inter)nationale richtlijnen vormen gesuperviseerde looptraining (GLT) en leefstijlbegeleiding de eerstekeuzebehandeling voor personen met CI.^{13,14,16} In deze richtlijnen wordt gezamenlijke besluitvorming aangemoedigd. Een mogelijkheid om de toepassing van gezamenlijke besluitvorming in de praktijk te ondersteunen, ligt in de ontwikkeling van ondersteunende tools. Dergelijke tools, zoals keuzehulpen, kunnen waardevol zijn om iemand met CI inzicht te geven in behandelopties en bij het komen tot een geïnformeerde voorkeur.¹⁷

Nieuwe tool: KomPas

Om het proces van samen beslissen te ondersteunen tijdens de behandeling van personen met CI is een nieuwe tool ontwikkeld, genaamd KomPas.¹⁸ KomPas, ontwikkeld door Chronisch ZorgNet (zie kader) en IQ healthcare (Radboudumc, Nijmegen), geeft aan de hand van grafieken een gepersonaliseerde voorspelling van het resultaat van de behandeling.¹⁸ Deze voorspelling komt tot stand op basis van specifieke persoonskenmerken (zoals leeftijd, leefstijlfactoren en huidige loopafstand) met behulp van historische data van personen met CI. Deze data zijn door Chronisch ZorgNet-therapeuten verzameld via de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) van het KNGF. Het gebruik van de gepersonaliseerde voorspellingen kan therapeuten en personen met CI helpen bij de verdere personalisering van het behandelplan.¹⁹ Bovendien kan de therapeut betere informatie geven over het te verwachten beloop en de uitkomst van de therapie, waardoor de betrokkenheid van de persoon met CI groter wordt en er gezamenlijke besluitvorming mogelijk is.

Chronisch ZorgNet

Beweegzorg en leefstijlbegeleiding voor personen met CI wordt in Nederland grotendeels vormgegeven door Chronisch ZorgNet (voorheen ClaudicatioNet). Chronisch ZorgNet is een landelijk netwerk van ongeveer drieduizend fysio- en oefentherapeuten die gespecialiseerd zijn op het gebied van bewegen en leefstijlbegeleiding bij personen met niet-overdraagbare, chronische aandoeningen zoals PAV.

Opbouw artikel

Dit artikel geeft inzicht in de ontwikkeling en het gebruik van KomPas en de dataverzameling die daarmee gepaard gaat. Eerst wordt uitgelegd hoe de data routinematig worden verzameld en waarom deze data belangrijk zijn voor KomPas. Vervolgens wordt dieper ingegaan op de wijze waarop KomPas is gemaakt. Tot slot wordt het gebruik van KomPas in de praktijk toegelicht en worden perspectieven voor de toekomst gegeven.

Dataverzameling

Data met voldoende variatie in persoonskenmerken zijn een vereiste om voor alle personen met CI een betrouwbare gepersonaliseerde voorspelling te maken. Deze data

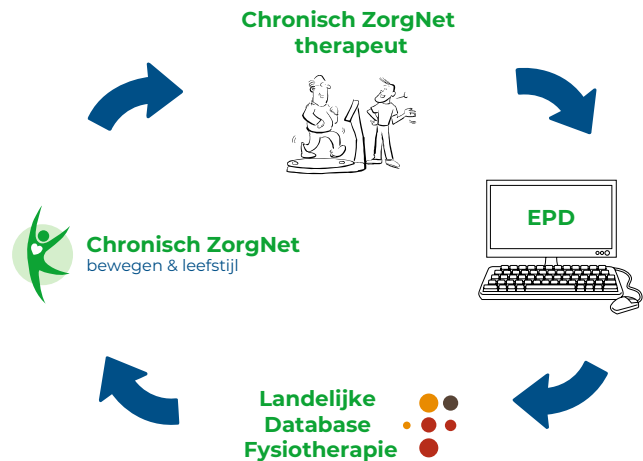
worden al enkele jaren verzameld in het Chronisch ZorgNet Kwaliteitssysteem. In dit kwaliteitssysteem (figuur 1) worden patiënt-, proces- en uitkomstdata van personen met CI, long- en/of hartaandoeningen verzameld. Het systeem geeft dus inzicht in de behandelresultaten. Dit inzicht wordt gebruikt om de effectiviteit van de behandeling van niet-overdraagbare chronische aandoeningen in kaart te brengen. De hierdoor opgedane kennis wordt vervolgens weer gedeeld met Chronisch ZorgNet-therapeuten waardoor een leer- en verbetercultuur ontstaat. Dit draagt bij aan het hoofddoel van het kwaliteitssysteem, namelijk de continue verbetering van de zorg voor personen met niet-overdraagbare chronische aandoeningen.

Landelijke Database Fysiotherapie

Het Chronisch ZorgNet Kwaliteitssysteem maakt gebruik van de landelijke infrastructuur van de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF). De LDF is in 2015 ontwikkeld door het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), met als doel data te verzamelen om de fysiotherapeutische zorg in Nederland te verbeteren.²⁰ Er is een landelijke infrastructuur ontstaan waarmee routinematig fysiotherapeutische data verzameld worden. Mits een patiënt toestemming geeft voor het versturen van data, worden die in de LDF pseudo-anoniem ontvangen. Dit betekent dat de data niet meer herleidbaar zijn tot een persoon. Het verzamelen van deze data rechtstreeks uit de praktijk geeft een beeld dat aansluit bij de werkelijkheid. Een mogelijke beperking is dat aangeleverde data niet volledig controleerbaar zijn. Aangeleverde data kunnen bijvoorbeeld onvolledig zijn, of resultaten worden beter voorgesteld dan ze werkelijk zijn. Chronisch ZorgNet werkt sinds 2015 samen met het KNGF. Vanuit de LDF ontvangt Chronisch ZorgNet de data van alle Chronisch ZorgNet-therapeuten ten behoeve van het kwaliteitssysteem.

Gebruik meetprotocol

Om uniforme dataverzameling mogelijk te maken gebruiken alle therapeuten die deel uitmaken van Chronisch ZorgNet een gestandaardiseerd meetprotocol. Hierin staat op welk moment in het behandeltraject welke klinimetrie wordt toegepast. Het meetprotocol van Chronisch ZorgNet voor de behandeling van CI is opgesteld door een expertgroep (bestaande uit fysiotherapeuten) en is in overeenstemming met de actuele richtlijnen en wetenschappelijke inzichten. Elke drie maanden evalueert de therapeut de voortgang van de behandeling met een vaste set klinimetrie. Alle deelnemende therapeuten verzamelen de data van deze klinimetrie in hun elektronisch patiëntendossier (EPD) en



Figuur 1 Schematische weergave van het cyclisch proces van het Chronisch ZorgNet Kwaliteitssysteem.

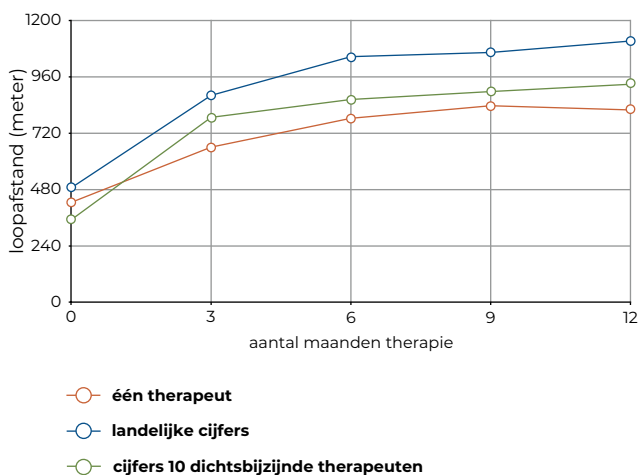
versturen deze maandelijks naar de LDF. Vanuit de LDF worden technische specificaties gedeeld met de leveranciers van de verschillende EPD-systemen. Hierin staat hoe klinimetrie in de verschillende EPD-systemen wordt geregistreerd en in welke vorm data naar de LDF worden verstuurd. Op deze manier verzamelen, registreren en versturen alle Chronisch ZorgNet-therapeuten, ongeacht het EPD dat ze gebruiken, op eenzelfde manier data.

Portfolio

Elke Chronisch ZorgNet-therapeut heeft een persoonlijk portfolio. In dit portfolio ontvangen therapeuten een terugkoppeling van de verzamelde data. Dit stelt therapeuten in staat om hun eigen resultaten te vergelijken met landelijke en regionale gemiddelden (figuur 2) en daarmee het eigen therapeutisch handelen kritisch te evalueren en waar nodig te verbeteren. Chronisch ZorgNet analyseert ook verzamelde data. De nieuwe inzichten en kennis die hieruit voortkomen, worden gedeeld met therapeuten. Dit proces wordt continu herhaald waardoor een cyclus van leren en verbeteren ontstaat.

KomPas

Het idee voor KomPas is ontstaan vanuit de vraag om wetenschappelijke kennis te vertalen naar de persoon in de behandelkamer. Op dit moment wordt wetenschappelijke kennis met name vertaald naar praktische richtlijnen. Maar richtlijnen geven doorgaans enkel adviezen voor de gemiddelde persoon die last heeft van één aandoening,²¹ en in de praktijk komt een dergelijke



Figuur 2 Voorbeeld van een terugkoppeling aan één therapeut van de gemiddelde maximale loopafstand gedurende behandeltrajecten van personen met CI, vergeleken met het landelijke gemiddelde en het gemiddelde van de tien dichtstbijzijnde therapeuten qua werkgebied.

gemiddelde patiënt vrijwel niet voor. Uit onderzoek blijkt dat een groot deel van de patiënten in huisartsenpraktijken (40% op 50-jarige leeftijd) aan meerdere (medische) aandoeningen lijdt.²² Andere factoren waarin een richtlijn vaak niet voorziet, zijn verschillen in leeftijd en geslacht of het feit dat patiënten verschillende doelen en ambities hebben. Aanbevelingen in richtlijnen zijn daardoor niet altijd relevant voor de individuele patiënt en sluiten niet aan bij de dagelijkse praktijk.²³ Geïnspireerd door de groeicurves die in gebruik zijn bij consultatiebureaus, ontstond het idee om gepersonaliseerde voorspellingen te gebruiken in de fysiotherapiepraktijk. Tijdens een bezoek aan het consultatiebureau wordt ieder kind uitgebreid gemeten. Vervolgens zet een consultatiearts de ontwikkeling van het kind af tegen de curve van alle kinderen die eerder gemeten zijn. Op deze manier wordt inzichtelijk gemaakt of de groei van een kind wel of niet normaal verloopt. Deze voorspelling is gebaseerd op een gemiddelde, want één kind wordt vergeleken met alle kinderen. Sinds kort zijn echter groeicurves ontwikkeld waarbij één kind niet meer wordt vergeleken met alle kinderen, maar met een aantal kinderen die het meest op hem lijken.²⁴ Met KomPas is eenzelfde systeem ontwikkeld voor patiënten met CI, waarbij ook dergelijke individuele prognoses gebruikt worden. De patiënt in de behandelkamer wordt dus niet vergeleken met alle patiënten, maar enkel met patiënten die op een aantal belangrijke punten lijken op de desbetreffende patiënt.

Het maken van de voorspelling

KomPas geeft personen met CI een gepersonaliseerde voorspelling van de verandering van (1) functionele loopafstand en (2) kwaliteit van leven (zie kader), gedurende de eerste zes maanden van het behandeltraject. De benodigde gegevens voor de voorspelling komen uit een database met praktijkgegevens van meer dan 31.000 personen met CI. In de database wordt gezocht naar personen met specifieke kenmerken die overeenkomen met die van de persoon met CI (figuur 3). De persoonskenmerken die hiervoor gebruikt worden, zijn: geslacht, leeftijd, lengte, gewicht, rookgeschiedenis en huidige functionele loopafstand gemeten op de loopband.¹⁸ Deze zes persoonskenmerken zijn gekozen omdat ze de grootste invloed hebben op de uitkomst van looptherapie en daarom ook de meeste invloed hebben op de voorspelling.¹⁸ De meetgegevens over de functionele loopafstand en kwaliteit van leven van de 160 meest vergelijkbare personen worden vervolgens uit de database gehaald en gebruikt om de gepersonaliseerde voorspelling mee te maken. Gekozen is voor een aantal van 160 vergelijkbare personen omdat uit statistische analyses is gebleken dat dit de beste voorspelling geeft.

Functionele loopafstand en kwaliteit van leven

De functionele loopafstand is de afstand waarbij de persoon met CI zou willen stoppen met lopen in een dagelijkse situatie.²⁵ Met de loopbandtest, uitgevoerd volgens het Gardner Skinner Protocol,²⁶ wordt deze afstand objectief vastgesteld.

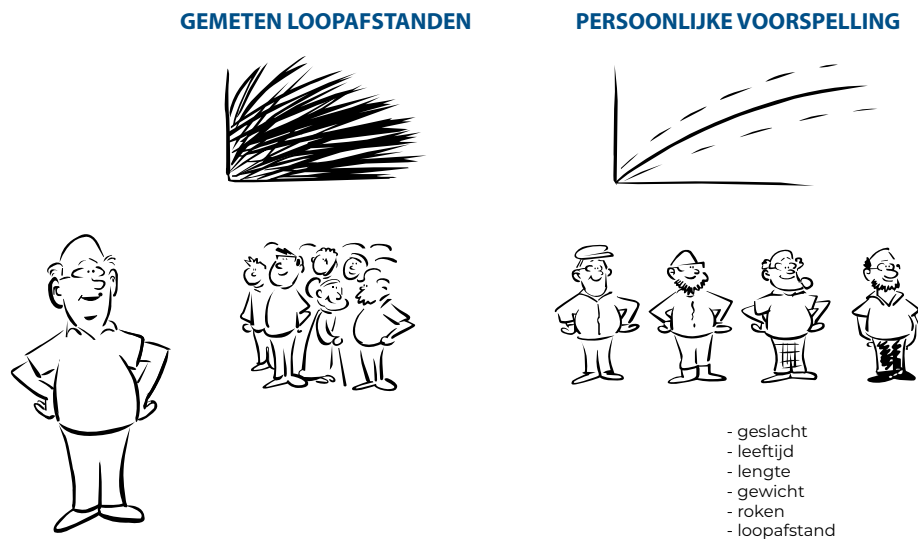
De kwaliteit van leven wordt gemeten met de Vascular Quality of Life Questionnaire-6-NL (VascuQoL-6-NL).²⁷ Dit is een vragenlijst specifiek voor personen met CI. De VascuQoL-score loopt van 6 tot 24, waarbij een hogere score een betere kwaliteit van leven betekent.²⁷

Voorbeeld van een gepersonaliseerde voorspelling

Om de voorspelling in KomPas te verduidelijken volgt hier een voorbeeld uit de praktijk.

Casus

Henk is een alleenstaande man van 80 jaar die drie maanden geleden naar de huisarts is gegaan omdat hij in toenemende mate last had van pijn in zijn kuiten tijdens het lopen. De huisarts stelde de diagnose PAV met klachten van CI en verwees Henk naar een Chronisch ZorgNet-therapeut. Samen met zijn fysiotherapeut stelde



Figuur 3 De gepersonaliseerde voorspelling wordt gemaakt door resultaten van personen uit een grote database (links) te selecteren op basis van een aantal specifieke eigenschappen (rechts). KomPas gebruikt de gegevens van deze vergelijkbare personen om een gepersonaliseerde voorspelling te maken.

Henk als doel om binnen zes maanden weer een dagelijkse ronde van 1 km te lopen. De fysiotherapeut van Henk heeft vandaag zijn derde meting in KomPas ingevoerd.

Wat is er in de grafieken te zien?

Figuur 4 geeft de gepersonaliseerde voorspelling van de functionele loopafstand van Henk weer. De grafieken met de voorspelling van de kwaliteit van leven zijn qua opzet vergelijkbaar. Om het verschil tussen een gegeneraliseerde voorspelling en een gepersonaliseerde voorspelling te tonen, maakt KomPas gebruik van een 'alle patiënten'-grafiek en een 'vergelijkbare patiënten'-grafiek. In beide grafieken voor functionele loopafstand staat op de verticale as de loopafstand in meters en op de horizontale as de duur van de therapie in maanden. De alle patiënten-grafiek ziet er voor iedere persoon met CI binnen Chronisch ZorgNet hetzelfde uit, behalve de oranje lijn met stippen, die de scores van Henk tijdens de drie metingen laat zien. De zwarte lijn (de verwachtingslijn) is de mediaan van de voorspelling, de verwachte lijn die Henk zal volgen gebaseerd op de gegevens van alle personen in de database. De buitenste lichtblauwe lijnen geven het gebied tussen het 10e en het 90e percentiel aan. Dit betekent dat 80 procent (tussen het 10e en 90e percentiel) van de meetgegevens van de personen in de database binnen dit gebied valt. De binnenste stippellijnen geven het 25e en het 75e percentiel aan. Dit betekent dat de gegevens van 50 procent van alle personen met CI tussen deze twee lijnen liggen. De vergelijkbare patiënten-grafiek is voor iedere persoon

met CI verschillend. De oranje stippen tonen de individuele scores. De zwarte lijn toont de verwachte lijn die Henk zal volgen, gebaseerd op de meetgegevens uit de database van de personen die lijken op Henk. De donkerblauwe lijnen zijn de individuele meetgegevens van de vergelijkbare personen. Het lichtblauwe gebied is het gebied tussen het 10e en het 90e percentiel, dus 80 procent van de meetgegevens van de vergelijkbare personen vallen in dit gebied.

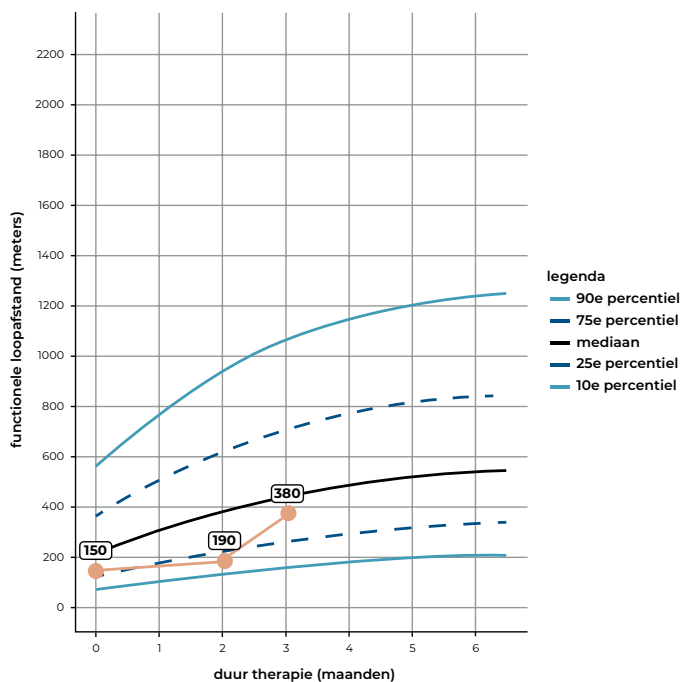
Interpretatie van de grafieken

De alle patiënten-grafiek toont hoe Henk scoort in vergelijking met alle personen met CI uit de database. De vergelijkbare patiënten-grafiek toont hoe Henk scoort vergeleken met de 160 personen uit de database die vergelijkbaar zijn met hem. Zoals zichtbaar is in figuur 4, wijken deze voorspellingen behoorlijk van elkaar af. Bij de derde ingevoerde meting (380 meter) scoort Henk benedengemiddeld in de alle patiënten-grafiek. Dat wil echter niet zeggen dat hij het slecht doet voor iemand met zijn kenmerken. In de vergelijkbare patiënten-grafiek is namelijk te zien dat Henk met 380 meter bovengemiddeld scoort. Door zijn meting te vergelijken met personen die op hem lijken wordt een nauwkeuriger beeld gegeven van wat Henk heeft bereikt met de therapie.

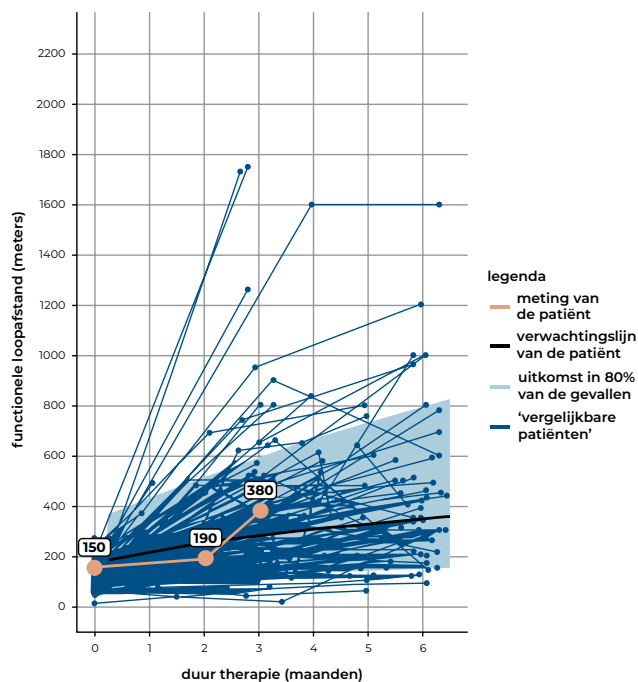
Gebruik van KomPas in de praktijk

Er zijn verschillende momenten gedurende de behandeling waarop een therapeut KomPas kan gebruiken. Zo

alle patiënten



vergelijkbare patiënten



Figuur 4 De gepersonaliseerde voorspelling voor de functionele loopafstand van Henk in twee grafieken.

kan KomPas worden toegepast bij aanvang van de behandeling tijdens de beginmeting, maar ook bij de vervolgmetingen gedurende de eerste zes maanden van het behandeltraject.

Beginmeting

De therapeut en de persoon met CI starten het behandeltraject met een uitgebreide intake. Vervolgens vult de therapeut de resultaten van de loopbandtest, de Vascular Quality of Life Questionnaire (VascuQol) en enkele leefstijl- en persoonskenmerken van de persoon met CI in KomPas in, waarna een algemene en een gepersonaliseerde voorspelling zichtbaar worden. De therapeut en de persoon met CI bespreken of de gepersonaliseerde voorspelling inderdaad te verwachten is en of de voorspelling overeenkomt met het beoogde doel.

Persoonskenmerken zoals comorbiditeit worden niet meegenomen in het maken van de voorspelling. In het gesprek over de voorspelling kan de therapeut verschillende factoren meenemen zoals motivatie, comorbiditeit, huidige fysieke activiteit, rookgedrag en eetpatroon. Zo kunnen therapeut en patiënt het hebben over de mogelijke invloed van de comorbiditeit op het voorspelde resultaat. Ook bij personen met comorbiditeit is KomPas dus in te zetten. Na afloop van het gesprek kan de therapeut de grafieken op papier meegeven (zie kader).

Een andere toepassing van KomPas bij aanvang van het

behandeltraject is het bevorderen van het ziekte-inzicht. Wanneer mensen met CI voor de eerste keer bij de therapeut komen, kunnen ze nogal geschrokken zijn van de recente diagnose PAV. Door de KomPas-grafieken te tonen laat de therapeut zien dat ze niet de enige zijn met dit soort klachten. Ook kan de therapeut met de grafieken inzichtelijk maken dat de vergelijkbare personen als gevolg van training erg zijn geholpen, zowel op het gebied van loopafstand als kwaliteit van leven.

Printversie KomPas

Doordat aan het begin van een traject vaak veel informatie op iemand met CI af komt, kan het prettig zijn om de grafieken met toelichting thuis nog eens rustig te bekijken en eventueel met anderen te bespreken. Daarom bestaat de mogelijkheid om de vergelijkbare patiënten-grafieken te printen. Hierbij staat uitleg over de grafieken, wat alle lijnen betekenen en hoe deze lijnen geïnterpreteerd kunnen worden.

Vervolgmeting(en)

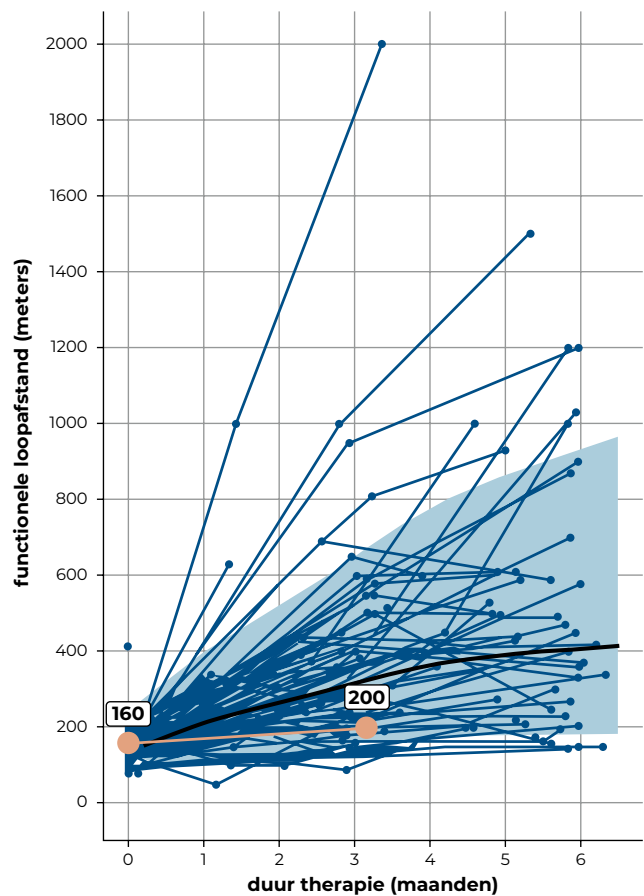
Wanneer iemand met CI drie of zes maanden in behandeling is, volgt een vervolgmeting. Een therapeut kan er

ook voor kiezen om vaker een vervolgmeting te doen, bijvoorbeeld ter motivatie. De resultaten van de vervolgmetingen worden ingevuld in KomPas waardoor de meting te vergelijken is met eerdere metingen, en met de voorspelling aan het begin van het behandeltraject. Wanneer de resultaten tegenvallen ten opzichte van de gepersonaliseerde voorspelling (iemand scoort bijvoorbeeld ruim onder de verwachtingslijn) wordt besproken wat hier mogelijk de oorzaak van is. Vervolgens kan het behandelplan, waar nodig, worden bijgesteld. Ook wanneer iemand de voorspelling wel volgt, of zelfs beter scoort, kunnen de grafieken worden ingezet, bijvoorbeeld om het behandeldoel ambitieuzer te maken of ter monitoring. Het is bekend dat het tonen van visuele informatie de motivatie vergroot en het doorzettingsvermogen versterkt.²⁸

Ervaring uit de praktijk: casus 2

Nico is 70 jaar en is voor CI onder behandeling bij fysiotherapeut Sanne. Nico's doel is zonder stoppen vanwege de pijn 600 meter naar het winkelcentrum kunnen lopen. Bij aanvang van de behandeling wordt de loopbandtest gedaan waaruit blijkt dat Nico een functionele loopafstand heeft van 160 meter. Na deze loopbandtest voert Sanne de gegevens in KomPas in. Volgens de voorspelling is de verwachting dat Nico over zes maanden een functionele loopafstand heeft van 400 meter (figuur 5). Doordat Nico ziet dat er vergelijkbare patiënten zijn die boven zijn verwachtingslijn hebben gescoord, raakt hij zelf extra gemotiveerd om dit resultaat ook te behalen. Samen besluiten Sanne en Nico dat het doel van 600 meter zonder stoppen naar het winkelcentrum lopen ambitieus maar realistisch is. Ze besluiten dat ze twee keer per week gaan trainen in de praktijk. Daarnaast geeft Nico aan dat hij dagelijks een blokje om gaat lopen en gaat proberen zijn loopafstand op te bouwen. Sanne heeft hem namelijk verteld dat hij met looptraining het meeste resultaat kan bereiken.

Inmiddels is Nico drie maanden in behandeling en heeft hij een functionele loopafstand van 200 meter. Sanne pakt opnieuw KomPas erbij. Nico blijkt minder vooruitgang te hebben geboekt dan vergelijkbare patiënten. 'Welke factoren hebben volgens u invloed gehad op dit resultaat?' vraagt Sanne. Wanneer ze hierover in gesprek gaan, geeft Nico aan dat hij het moeilijk vindt om zichzelf te motiveren steeds verder te lopen. Vervolgens vraagt Sanne: 'Wat denkt u dat de personen die hoger scoorden, deden om dit resultaat te bereiken?' Nico geeft toe dat deze personen wellicht, meer dan hijzelf, aan de slag zijn gegaan met het bewegen buiten de trainingen op de praktijk om. 'Wat heeft u dan nodig om uzelf te motiveren om meer en verder te gaan lopen?' vraagt Sanne. Nico reali-

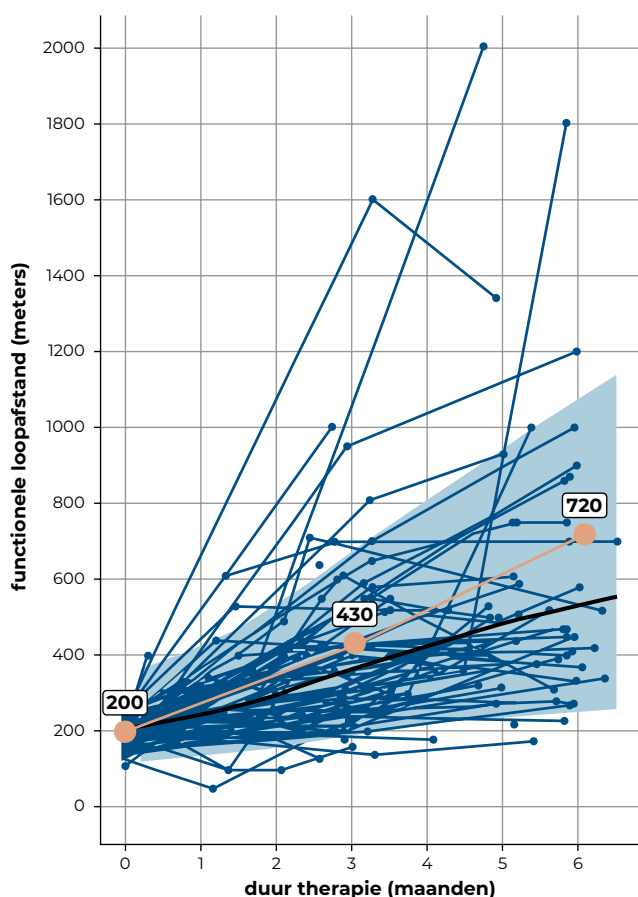


Figuur 5 Nico's gepersonaliseerde voorspelling voor de functionele loopafstand vergeleken met de personen uit de database die vergelijkbaar zijn met hem. De oranje lijn met stippen laat zijn beginmeting (160 meter) en de meting na drie maanden (200 meter) zien. De zwarte lijn geeft de prognose aan van zijn te bereiken functionele loopafstand.

seert zich dat hij het moeilijk vindt om aan te geven na hoeveel meter hij in het dagelijks leven stopt met lopen. Hij komt zelf met het plan om een stappenteller te gaan gebruiken. Sanne en Nico bespreken dat hij deze stappenteller een week actief gaat gebruiken en dat ze de gegevens daarna samen doornemen, om nieuwe wandel-doelen op te stellen.

Ervaring uit de praktijk: casus 3

Khadija is 66 jaar en is in behandeling bij fysiotherapeut Rik wegens pijnklachten tijdens het lopen door CI. Bij aanvang van de behandeling heeft Khadija als doel gesteld om na zes maanden een ronde van 2 km om het dorp te lopen, zonder pijnklachten. Haar functionele loopafstand was bij de start van de behandeling 200 meter. Na het invullen van de meetresultaten in KomPas (figuur 6) zag Rik dat de verwachtingslijn



Figuur 6 De gepersonaliseerde voorspelling voor de functionele loopafstand van Khadija. De oranje lijn met stippen laat de meting zien op 0 maanden (200 meter), na drie maanden (430 meter) en na zes maanden (720 meter). De zwarte lijn geeft de prognose aan van haar te bereiken functionele loopafstand.

liet zien dat Khadija over zes maanden op 520 meter lopen zou uitkomen. ‘Hoeveel vertrouwen heeft u dat het lopen van de ronde van 2 km, zonder pijnklachten, gaat lukken als u deze voorspelling ziet?’ vroeg Rik. Samen kwam ze tot de conclusie dat het doel bijgesteld moest worden naar het lopen van 2 km met drie rustpauzes. Ze spraken af dat ze drie keer per week gingen trainen in de praktijk. Daarnaast zou Khadija meer gaan fietsen omdat ze erg veel pijn had bij het lopen.

Drie maanden na start van de behandeling merkte Khadija dat ze vooruitgang boekte. Het resultaat van de loopbandtest in KomPas liet zelfs zien dat ze iets beter scoorde dan vergelijkbare personen. Rik en Khadija bespraken hoe Khadija deze stijgende lijn kon vasthouden. Ze spraken af dat Khadija voortaan twee keer in de week in de praktijk kwam trainen, en daarnaast drie keer in de week zelfstandig ging lopen.

Inmiddels is Khadija zes maanden in behandeling en kan ze haar ronde van 2 km lopen met drie rustpauzes. De vooruitgang is echter minder groot dan ze had gehoopt. Ze is benieuwd of haar gevoel klopt: is de vooruitgang inderdaad onder de lijn der verwachting? Na het doen van de loopbandtest blijkt dat de functionele loopafstand van Khadija is verbeterd naar 720 meter. Wanneer Rik deze meetresultaten invult in KomPas, zien Khadija en hij dat Khadija alleen maar verder boven de verwachtingslijn is uitgekomen. Ze doet het dus beter dan verwacht en dat doet het zelfvertrouwen duidelijk goed. Wanneer Rik vraagt wat het streven is voor het komende halfjaar zegt Khadija dat ze de ronde van 2 km met maximaal één rustpauze wil lopen. Dit vormt een mooie ingang om te bespreken hoe Khadija dit wil bereiken: ze wil vanaf nu dagelijks buiten gaan wandelen. ‘Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat u dit doel gaat halen, op een schaal van 0 tot 10?’ vraagt Rik. ‘Een 8!’, zegt Khadija. Ze wil ook haar echtgenoot motiveren om samen met haar te gaan wandelen. Ze heeft het volste vertrouwen dat het goed komt en is erg blij met het gesprek van die dag: ‘Doordat ik de resultaten in de grafiek heb gezien, is het veel duidelijker. Dit motiveert mij om thuis verder aan de slag te gaan!’

Toekomstvisie

KomPas is één voorbeeld van een prognosetool die momenteel wordt ingezet. Het is de verwachting dat fysiotherapeuten in de toekomst steeds meer door data gedreven beslissingen gaan nemen. Zo bestaan er ook al ideeën voor de ontwikkeling van een predictiemodel voor personen met rugklachten, gebaseerd op kunstmatige intelligentie. Bij het ontwikkelen van dergelijke tools is het belangrijk dat wetenschap en praktijk goed op elkaar blijven aansluiten; de tools moeten voorzien in behoeftes uit de praktijk.

KomPas wordt tot op heden enkel ingezet voor de behandeling van personen met CI. Vanaf 2020 worden in het kwaliteitssysteem echter ook data verzameld van personen met long- en hartaandoeningen. Aangezien gezamenlijke besluitvorming bij deze aandoeningen minstens zo belangrijk is, bestaat de ambitie om KomPas naar long- en hartaandoeningen uit te breiden. De eerste stap hiervoor, data verzamelen, is dus al gezet. De volgende stap is zorgen dat de database voldoende data bevat om daadwerkelijk gepersonaliseerde voorspellingen te kunnen maken.

Naast het uitbreiden van KomPas naar andere aandoeningen, wordt momenteel ook gewerkt aan een doorontwikkeling van KomPas: KomPas+. Hierbij worden aan de grafieken met de gepersonaliseerde voorspellingen een

aantal opties en functies toegevoegd. Deze opties zijn gebaseerd op de aanbevelingen uit de KNGF-richtlijn Symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden, en zijn met name gericht op het vormgeven van het behandelplan. Uiteindelijk zullen de KomPas-grafieken gecombineerd worden met het samen beslissen over de behandelkeuzes uit de richtlijn. Wanneer therapeut en patiënt samen hebben besloten dat bijvoorbeeld stoppen met roken een onderdeel wordt van de behandeling, kunnen zij samen een plan van aanpak opstellen. Hetzelfde geldt voor het maken van keuzes omtrent het type en de frequentie van de training. Uiteindelijk worden het behandelplan en de behandeldoelen dus bepaald door (1) de persoonsgerichte inzichten uit de grafieken, (2) de ervaring en kennis van de therapeut en (3) de eigen voorkeur van de persoon met CI.

Conclusie

Met KomPas is een prognosetool ontwikkeld die fysio- en oefentherapeuten kunnen inzetten bij de behandeling van personen met CI. De grafieken van KomPas geven een gepersonaliseerde voorspelling van het te verwachten resultaat van een behandeltraject. Om de grafieken te genereren zijn routinematig verzamelde data nodig. Dankzij therapeuten die data verzamelen en aanleveren aan de LDF is het idee om kennis te vertalen naar de individuele persoon in de praktijk gebracht. De landelijke infrastructuur die met de LDF is opgezet, vormt hierbij een onmisbare schakel. Via het Chronisch ZorgNet Kwaliteitssysteem worden met KomPas de aangeleverde data teruggebracht naar de praktijk. Gebruik van KomPas kan therapeuten en personen met CI helpen om gezamenlijk te anticiperen op het verloop van herstel, realistische doelen op te stellen en het actuele beloop af te zetten tegen het verwachte beloop. Door meer betrokkenheid van de persoon met CI wordt het samen nemen van beslissingen gefaciliteerd en het leveren van persoonsgerichte zorg nagestreefd.

www.physios.nl

- Bijlage 1. Verder lezen: Kittelson AJ, et al. Reference chart for knee flexion following total knee arthroplasty: a novel tool for monitoring postoperative recovery. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2020;21(1):482.
- Bijlage 2. Verder lezen: Kittelson AJ, et al. Person-centered care and physical therapy: a 'people-like-me' approach. *Phys Ther.* 2020;100(1):99-106.

Relevante artikelen in het Physiosarchief

- Gijsbers HJH, et al. De fysiotherapeutische behandeling van perifeer arterieel vaatlijden. *Physios* 2015;7(1):21-28.
- Kortleve VF. Shared decision making en shared approach. *Physios* 2015;7(3):29-35.
- Leidekker JW. Beïnvloeden van leefstijl door de fysiotherapeut; van patiënt naar cliënt. *Physios* 2019;11(4):12-21.
- Sinnige A, et al. Beweeg- en leefstijltherapie bij niet-overdraagbare aandoeningen: de organisatie van een landelijk kwaliteitsnetwerk. *Physios* 2020;12(3): 32-41.

Literatuur

1. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361-7.
2. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement Sci.* 2016;11:114
3. Reynolds A. Patient-centered Care. *Radiol Technol.* 2009;81(2):133-47.
4. Hoffmann TC, Montori VM, del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA.* 2014;312(13):1295-6.
5. Moore CL, Kaplan SL. A framework and resources for shared decision making: opportunities for improved physical therapy outcomes. *Phys Ther.* 2018;98(12):1022-36.
6. Hoffmann TC, Lewis J, Maher CG. Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiotherapy.* 2020;107:43-9.
7. Dierckx K, Deveugele M, Roosen P, et al. Implementation of shared decision making in physical therapy: observed level of involvement and patient preference. *Phys Ther.* 2013;93(10):1321-30.
8. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, et al. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Ann Fam Med.* 2014;12(3):270-5.
9. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* 1997;44(5):681-92.
10. Jones LE, Roberts LC, Little PS, et al. Shared decision-making in back pain consultations: an illusion or reality? *Eur Spine J.* 2014;23(Suppl 1):S13-9.
11. Stenner R, Swinkels A, Mitchell T, et al. Exercise prescription for patients with non-specific chronic low back pain: a qualitative exploration of decision making in physiotherapy practice. *Physiotherapy.* 2016;102(4):332-8.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.physios.nl.