

6.1. Effect functionele therapie op lopen bij CP



Uitgangsvraag

Wat is het effect van functionele therapie op het lopen en zich verplaatsen?

Aanbeveling

Streef ernaar bij kinderen met spastische CP de principes van functionele therapie toe te passen in interventies voor verbetering van het lopen en zich verplaatsen in de eigen omgeving (capability en performance).

De werkgroep is van mening dat functionele therapie moet voldoen aan de volgende criteria: doelgericht; gericht op activiteiten/participatie van de ICF-CY; taakspecifiek; met een actieve rol van kind en ouders in het leren/ontdekken/vinden van oplossingen; gericht op functionaliteit in plaats van normaliteit; en contextspecifiek (zie voor beschrijving van de criteria zie Zoekverantwoording).

Overwegingen

In de eerdere versie van de richtlijn werden de effecten van oefentherapie en functionele fysiotherapie apart beschreven. In de huidige uitgangsvraag wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen oefentherapie en functionele fysiotherapie. Wel zijn criteria opgesteld waar interventies aan moeten voldoen willen ze onder de noemer functionele therapie vallen.

Functionele therapie

In de huidige richtlijn heeft de werkgroep criteria opgesteld waar interventies aan moesten voldoen om onder de noemer “functionele therapie” te vallen (zie Inleiding en Methode). Helaas worden inhoud en uitvoering van de therapie niet altijd duidelijk beschreven in artikelen.

Ook uit twee recente reviews (Franki et al., 2012; Novak et al., 2013) wordt duidelijk dat de terminologie eenduidigheid behoeft. In beide reviews worden verschillende artikelen meegenomen onder de noemen “functional training”. In de review van Franki zonder het criterium ‘Doelgericht’ en in de review van Novak met dat criterium. Duidelijk is dat er internationaal nog geen eenduidige criteria zijn voor functionele therapie. In deze richtlijn heeft de werkgroep zes criteria gehanteerd, welke in de ogen van de werkgroep belangrijke elementen zijn van functionele therapie. De eerste drie criteria (therapie is Doelgericht, Gericht op activiteiten/participatie van de ICF-CY en Taakspecifiek) waren essentieel voor de selectie van de artikelen. De andere criteria (Actieve rol van kind en ouders in het leren/ontdekken/vinden van oplossingen, Gericht op functionaliteit in plaats van normaliteit en Contextspecifiek zijn in de ogen van de werkgroep belangrijk, maar meestal niet systematisch beschreven in de studies.

Dit heeft geleid tot een beperkt aantal studies dat is meegenomen en relatief lage bewijskracht (zie ook aanverwant 'Criteriatabel Functionele Therapie'). Waarbij ook in de meegenomen studies de criteria soms verschillend werden ingevuld. Zo was een belangrijk verschil tussen de studie van Law en Löwing dat in de studie van Löwing ouders voorafgaand aan de interventieperiode educatie en gedurende de interventieperiode begeleiding kregen hoe zij hun kind het beste konden stimuleren in bij het oefenen van de dagelijkse (doel)activiteiten.

De studies zijn niet opgezet en dus niet geschikt om effectiviteit van verschillende onderdelen (“actieve ingrediënten”) te analyseren, maar mogelijk dat de verschillen in bevindingen van Löwing en Law te maken kunnen hebben met de verschillende manieren waarop de ouders van de jonge kinderen in deze studies bij de interventies werden betrokken.

Hopelijk leidt eenduidigheid in criteria in de toekomst tot studies waarin functionele therapie eenduidig wordt uitgevoerd en in de wetenschappelijke output systematisch wordt beschreven.

Controle-interventies

In de drie artikelen die zijn geselecteerd in deze uitgangsvraag is functionele therapie vergeleken met een andere interventie. Deze was niet in alle studies gelijk. In Law was dat “kindgerichte therapie (gericht op herstellen van stoornissen door middel van interventies zoals rekken, orthesiologie, krachttraining, sensomotorisch therapie etc. en het oefenen van specifieke bewegingen en taken) op basis van door de therapeut vastgestelde stoornissen in lichaamsfunctie.” In de studie van Bar-Haim was dat “therapie volgens NDT-principes; passief rekken, spasticiteitreducerende therapie, normalisatie van de beweging en functionele oefeningen”. In de studie van Löwing was dat “Activity focused therapy, waarbij geen specifieke doelen werden opgesteld”. Dit maakt het samenvatten van effecten in de resultaten lastig; de controlegroep is niet eenduidig. Immers, bij vergelijking tussen twee groepen worden de effecten mede bepaald door het onderscheid tussen de twee groepen. Vanwege inconsistentie in de resultaten is vanzelf ook de bewijskracht laag. Van alle controle-interventies is echter duidelijk dat ze niet voldeden aan de beschrijving behorend bij de criteria Doelgericht (“de doelen zijn opgesteld in overleg met ouders en/of kind, SMART geformuleerd en bij voorkeur bepaald met gebruik van een valide en betrouwbaar instrument”) en Taakspecifiek (“de interventie is op basis van een taakanalyse gericht op het oefenen van (deel)activiteiten die in de doelen zijn geformuleerd”).

Effecten tijdens interventieperiode en follow-up

Daar waar er positieve effecten van functionele therapie ten opzichte van controle-interventies werden gevonden tijdens de interventieperiode (op capability en performance), werd dit niet voortgezet tijdens de follow-up periode waarin interventies weer naar “regulier” gingen. In de follow-up periode waarin groepen vergelijkbare “reguliere” interventies kregen, gingen beide groepen evenveel vooruit.

Intensiteit van therapie

Wat betreft de oefentherapie waren er aanwijzingen dat een korte periode intensief specifiek doelgericht oefenen effectiever is voor het aanleren van grofmotorische vaardigheden dan langdurige, algemene en minder intensieve behandeling (Bower, 1996). Geen van de in deze herziening geselecteerde studies bestudeerde specifiek het effect van de intensiteit van fysiotherapie. Onderzoeksvragen ten aanzien van de optimale intensiteit van therapie worden meestal niet gekoppeld aan de inhoud van functionele therapie en dus is de studie-opzet niet geschikt om uitspraken te doen over intensiteit van therapie.

Ook in de studie van Bower (1996) werden intensiteit, specificiteit en doelgerichtheid natuurlijk niet echt “uit elkaar getrokken”. Uit andere literatuur weten we wel dat doelgericht trainen de motivatie en gevoelens van competentie verhoogt en samenwerking kan verbeteren (onder andere Locke et al., 2002; Wade, 2009; Oyen et al., 2009). Belangrijk daarbij is dat de doelen regelmatig worden geëvalueerd, waar nodig worden bijgesteld en waar mogelijk worden afgerond. Ten aanzien van de intensiteit van therapie is er dus in deze herziening van de richtlijn geen nieuwe evidence. Wel leidt doelgerichtheid als het goed is automatisch tot afgebakende oefenperiodes waarin specifiek gewerkt wordt aan een individueel doel.

Studie-opzet

Studies werden geselecteerd als het een gecontroleerde trial (gerandomiseerd of niet-gerandomiseerd) betrof. Dit leidde tot drie artikelen. Een aantal studies is geëxcludeerd vanwege het ontbreken van een controlegroep (zie ook Exclusietabel). In drie van deze studies werd wel voldaan aan de criteria van functionele therapie (Storvold 2010; Sorsdahl 2010; Löwing 2010). De bevindingen waren in grote lijnen consistent; functionele therapie leidde tot verbeteringen in zowel capacity, capability als performance en ook een hoog percentage behaalde doelen. Echter, deze resultaten zijn moeilijk te interpreteren omdat er geen controlegroep was; onduidelijk is wat het specifieke effect van de interventie is en wat “natuurlijke ontwikkeling”.

Subgroepen

Op basis van de geïncludeerde studies is momenteel niets te concluderen over effectiviteit van functionele therapie bij verschillende subgroepen, bijvoorbeeld op basis van leeftijd of GMFCS-niveau. De drie geselecteerde studies lieten zowel verschillen als overeenkomsten zien in leeftijd en GMFCS-niveau van de geïncludeerde kinderen (Law: één tot vijf jaar en GMFCS I-V; Bar-Haim: 6 tot 12 jaar en GMFCS II-III; Löwing: één tot zes jaar en GMFCS I-IV).

Effecten functionele therapie op verschillende uitkomsten

Er is onderscheid gemaakt tussen capacity, capability en performance van het lopen en zich verplaatsen. Ten opzichte van de controle-interventies werd geen meerwaarde van functionele therapie gevonden voor verbetering van capacity (‘can do’ in een gestandaardiseerde ruimte, zoals een oefenzaal), maar wel voor verbetering van capability (‘can do’ in de eigen omgeving) en performance (‘does do’ in de eigen omgeving). Er is dus niet perse eerst een verbetering van capacities nodig voor verbetering van capabilities en performance. In de studie van Bar-Haim werd een uitkomstmaat gebruikt waarbij de overeenstemming tussen capacity en performance werd bekeken; dus of iemand in het dagelijks leven ook daadwerkelijk doet wat hij/zij in een standaardomgeving kan. Tijdens de interventieperiode werden geen verschillen tussen de groepen gevonden, maar tijdens de drie maanden follow-up periode werd een klinisch relevant verschil gevonden; in de context van “openbare gebouwen+buiten” steeg in de functionele therapiegroep het percentage kinderen (GMFCS II) waarbij performance in overeenstemming was met capacity met 12,5%, terwijl dit percentage in de controlegroep met 11,5% daalde. Dit lijkt een ondersteuning voor de eerdere bevinding dat niet per se eerst een verbetering van capacities nodig is voor verbetering van performance.

Er zijn geen negatieve effecten van functionele therapie op het niveau van lichaamsfuncties (ROM) gevonden.

In de studie van Löwing werden in de functionele therapie groep individuele doelen geanalyseerd; door 22 kinderen werden in totaal 110 doelen opgesteld. Bij vergelijking met baseline waren 93 van de 110 doelen behaald. Voor 28 doelen was er sprake van een klinisch relevante verbetering in GAS met twee punten. Op basis van de geïncludeerde studies zijn er geen aanwijzingen dat de effecten na afloop van de interventieperiode verschillen tussen functionele therapie en controle-interventies.

**Tenslotte**

Op basis van de uitgevoerde literatuursearch kan worden gesteld dat ten aanzien van de vraag wat het effect is van functionele therapie op het lopen en zich verplaatsen, de bewijskracht weliswaar laag is, maar dat functionele therapie positieve effecten lijkt te hebben op het verbeteren van het lopen en zich verplaatsen in de dagelijkse omgeving (zowel capabilities als performance). Dit wordt ook ondersteund door een zeer recente systematic review door Novak naar de evidentie voor interventies voor kinderen met spastische cerebrale parese.