

**Aan:** SNT leden.  
**Van:** Gerard Koel (werkgroep leider inhoudelijke zaken).  
**Betreft:** Mailronde 2011-1 voorafgaand aan bijeenkomst 1 op 7 juni 2011.

Hengelo, 02-05-2011.

### **Beste SNT collega.**

Sinds een jaar staan een tiental vragenlijsten op onze website voorzien van een berekening en een indicatie over de klinische situatie waarin een lijst het best te gebruiken is. Inmiddels hebben we, omdat geen van de bestaande lijsten die gewenste kenmerken heeft, ook een lijst ontwikkeld om het postoperatieve beloop te evalueren. Stoer als we zijn hebben we die lijst de SST-PO (SNT Schouder Test-Post Operatief) genoemd. Vanzelfsprekend zullen we de waarde van de SNT-PO nog moeten vaststellen.

Het adagium 'beter meten leidt tot beter weten' klopt op zich meestal wel, maar dat 'beter meten' valt niet mee. Twee belangrijke schouderlijsten zijn de SST en de CMS. De SST is snel in te vullen, scoort over de hele range en adviseren we in bijna alle klinische situaties (behalve postoperatief). De CMS is door de ESSE (European society for Surgery of the Shoulder and the Elbow) aangewezen als beste meetinstrument voor klinici. De CMS bestaat uit een zelfrapportage deel waarin de patiënt vragen worden gesteld over klachten bij dagelijks functioneren (35 punten) en uit een semi-objectief deel waarin mobiliteit en kracht worden gemeten (65 punten). Enerzijds is dat positief omdat subjectieve en objectieve data over pijn, functioneren, range of motion en kracht worden gecombineerd; anderzijds introduceren we een meetfout omdat de therapeut metingen moet gaan uitvoeren. De wijze waarop professionals meten, blijkt te variëren waardoor een deel van de uitslag (0 – 100 punten) op het conto van de therapeut komt terwijl we een interpretatie over de klacht van onze patiënten willen realiseren.

Je ontvangt dit keer 2 artikelen die gaan over methodologische aspecten van de CMS score:

- Evaluation of reliability of the CMS, Rocourt et al, 2008; en
- Reliability of shoulder ROM assessment, Mullaney et al, 2010.

Omdat het over methodologie gaat, komen een aantal uitkomstmaten langs die je moet kunnen interpreteren (wees maar blij dat die uitkomsten niet zelf hoeft uit te rekenen). Het betreft pittige stof die echter wel nodig hebben om resultaten van tests of lijsten te begrijpen.

Wil je de vragen op de volgende pagina kort en bondig beantwoorden en die pagina (**1 pagina dus!**) vervolgens digitaal versturen naar: [v.deroo@saxion.nl](mailto:v.deroo@saxion.nl). Het is daarbij de bedoeling dat je de volgende pagina voorziet van je naam, invult en als attachement van één pagina retourneert.

Graag ontvangen we je antwoorden een week voor de vergadering (in dit geval tot en met **dinsdag 31-05**) om de antwoorden te kunnen verwerken. Mocht je dat niet redden, lever de antwoorden dan in bij het begin van de vergadering op 07-06.

Dit formulier is ingestuurd door (**naam**):

<b>Vraag 1.</b> In de studie van Rocourt et al scoren 2 onderzoekers (orthooped & FT) bij 63 patiënten de CMS twee keer (test – hertest) op dezelfde dag. Daaraan voorafgaand werden 7 CMS protocollen die in 5 Europese landen werden gebruikt, getoetst op mate van overeenkomst. Wat is de conclusie uit die review van protocollen?	
<b>Antwoord 1.</b>	
<b>Vraag 2.</b> Geef de ranges aan in de 4 CMS scores (2x A & 2x B) (zie figuur 1). Wat is je mening over deze range; kent de CMS duidelijke plafond of bodem effecten?	
<b>Antwoord 2.</b>	
<b>Vraag 3.</b> Rocourt et al zijn nogal streng over de kwaliteit van de items (1. Spearman's $\rho$ moet groter zijn dan 0,7 & significant & 2. Wilcoxon verschil toets moet groter zijn dan 0,05). Onderzoeker A voldoet op alle 15 criteria; B niet; op welke 2 items niet (zie tabel 3)?	
<b>Antwoord 3.</b>	
<b>Vraag 4.</b> Er is een aspect van klinische relevantie waaraan Rocourt et al niet voldoen. Welk gegeven doet, vanuit klinisch perspectief, sterk afbreuk aan de waarde van deze studie?	
<b>Antwoord 4.</b>	
<b>Vraag 5.</b> Mullaney et al beschrijven goede kenmerken van de goniometer & de inclinometer bij het ROM onderzoek van de schouder. Als dezelfde onderzoeker met de goniometer de anteflexie meet; welk verschil dient dan minimaal gemeten te worden om tot de conclusie te komen dat de ROM van het schoudergewricht is veranderd (zie tabel 2)?	
<b>Antwoord 5.</b>	
<b>Vraag 6.</b> Wat is de range van endo/exo rotatie in 90° abductie gemeten door tester 1 / test 1 met de gonio en inclino-meter respectievelijk aan de aangedane en niet-aangedane zijde (tabel 1). Kloppen die gegevens met eigen interpretaties?	
<b>Antwoord 6.</b> Tester 1, test 1, range gemeten met goniometer: °. Tester 1, test 1, range gemeten met inclinometer: °.	
<b>Vragen 7-9.</b> Druk je mening over de kwaliteit uit in een cijfer tussen 0 ('ik ben zeer ontevreden') en 10 ('ik ben zeer tevreden') in de volgende kolom;	
<b>7:</b> Mijn mening over de <b>leesbaarheid</b> van de artikelen komt overeen met een:	
<b>8:</b> Mijn mening over de waarde van de artikelen met betrekking tot de <b>fysiotherapeutische relevantie</b> is een:	
<b>9:</b> Mijn mening over de waarde van de artikelen met betrekking tot de daadwerkelijke <b>implementatie in de praktijk</b> is een:	
<b>Vraag 10.</b> Het uitvoeren van deze opdracht (lezen, interpreteren, antwoorden) kostte mij het <b>aantal minuten</b> dat ik in de volgende kolom noteer:	