



RugNetwerk Twente



Voor het optimaliseren van
fysiotherapeutisch handelen
bij LRP patiënten in Twente.

(Vroeg)tijdige FT / MT bij LRP.

Door Gerard Koel, FT / MT / MSc / docent Saxion

Presentatie 2, 07-11-2013, Saxion hogeschool Enschede.



INHOUD TIJDIGE FT / MT



1. Over de nieuwe KNGF richtlijn.
2. Zeven vragen huiswerkopdracht.
3. Over verbetering van zelfmanagement.
4. Discussie, afronding.



1. KNGF RICHTLIJN



- **‘Oude’ richtlijnen fysiotherapie en manuele therapie 2005.**
- **Tijd voor update (8 jaar).**
- **Veel onderzoek; maar is de evidence gewijzigd?**

Dr. Bart Staal, fysiotherapeut/epidemioloog, senior onderzoeker, IQ Healthcare, Radboud UMC, Nijmegen

Dr. Erik Hendriks, fysiotherapeut/ epidemioloog, senior onderzoeker, Capaciteitsgroep Epidemiologie, Universiteit Maastricht

Marcel Heijmans MSc, fysiotherapeut/ manueel therapeut, Afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort

Drs. H. Kiers, fysiotherapeut/ manueel therapeut, Afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, KNGF, Amersfoort

Marlene Lutgert-Boomsma, bedrijfsfysiotherapeut

**Drs. G. Rutten, fysiotherapeut/ manueel therapeut, IQ
Healthcare, UMC St. Radboud, Nijmegen**

**Prof. dr. Maurits van Tulder, epidemioloog, hoogleraar
doelmatigheidsonderzoek, Faculteit Aard en
Levenswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam**

**Dr. J. den Boer, fysiotherapeut, afdeling Revalidatie, UMC
St. Radboud, Nijmegen**

**Prof. dr. R. Ostelo, fysiotherapeut/epidemioloog,
hoogleraar Evidence-based Physiotherapy, Vrije
Universiteit, Amsterdam**

**Dr. Jan Custers, fysiotherapeut/docent Hogeschool
Utrecht**

Werkwijze

- 5 werkgroepvergaderingen**
- Literatuur gezocht systematische reviews
(5 jaar terug)**
- Reference checking**
- Evidence geclassificeerd aan de hand
EBRO - criteria**

Tabel 1. Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht zoals gehanteerd in deze richtlijn. (Bron: EBRO-platform/CBO¹².)

Niveaus van bewijskracht van aanbevelingen, gebaseerd op de kwaliteit van de onderliggende artikelen.

- Niveau 1 Eén systematische review (A1) of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van kwaliteitsniveau A2.
- Niveau 2 Ten minste twee onafhankelijk uitgevoerde onderzoeken van kwaliteitsniveau B.
- Niveau 3 Eén onderzoek van kwaliteitsniveau A2 of B of meerdere onderzoeken van kwaliteitsniveau C.
- Niveau 4 Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Kwaliteitsniveau van de artikelen (interventie en preventie)

- A1 Systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau bevatten, waarbij de resultaten van de afzonderlijke studies consistent zijn.
- A2 Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek (RCT) van goede methodologische kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblinde gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie.
- B Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek (RCT) van matige kwaliteit of onvoldoende omvang; ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiëntcontroleonderzoek).
- C Niet-vergelijkend onderzoek.
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Formulering van aanbevelingen en conclusies op basis van de bewijskracht

- Niveau 1 Het is aangetoond dat ...
- Niveau 2 Het is aannemelijk dat ...
- Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat ...
- Niveau 4 De werkgroep is van mening dat ...

Richtlijn:

- **Praktijkrichtlijn**

- **Verantwoording en toelichting**

- **Samenvattingskaart**

- www.kngfrichtlijnen.nl
www.fysionet-evidencebased.nl/

Epidemiologie lage rugpijn

- 'lifetime' incidentie: 49 to 63% (of toch: 90%)

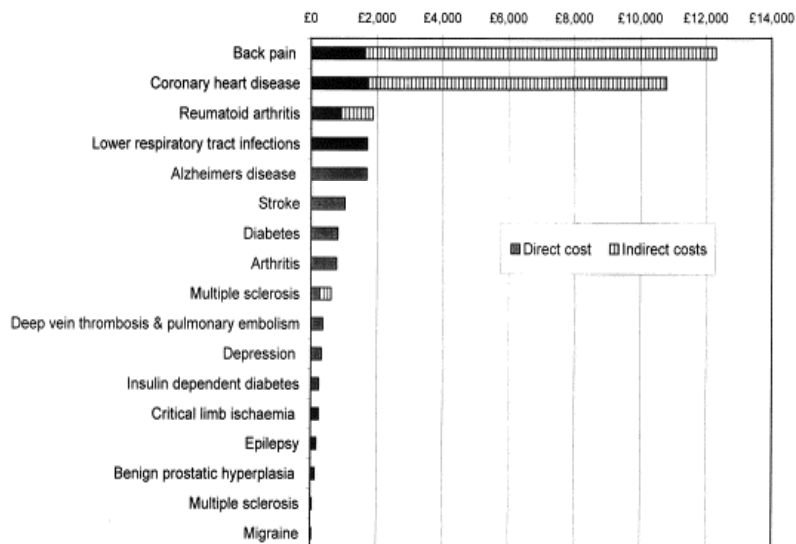
- Punt prevalentie: 12 to 30%

- 1-jaars prevalentie of 44%

- Incidentie per jaar: 19%

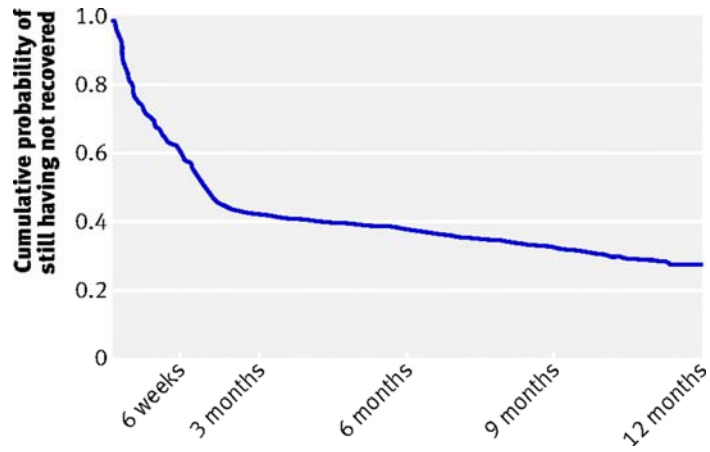
- Aandeel patiënten 1e lijn fysiotherapie: 27%

(Anderson 1999, Cassidy 2005, RIVM 2005)



Direct and indirect costs UK (Maniadakis & Gray 2000)

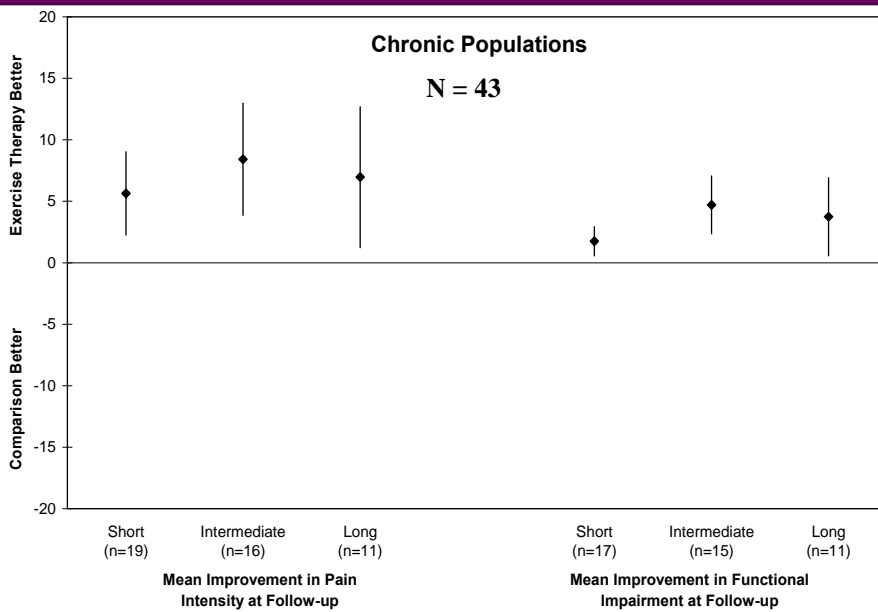
Beloop



BMJ

Copyright ©2008 BMJ Publishing Group Ltd.

Over statistisch significante maar klinisch niet relevante effecten.



Uitgangspunten richtlijn specifieke LRP

Niet: radiculair syndroom, postoperatief

Normaal beloop:

De activiteiten en participatie nemen gradueel toe (tot het niveau van voor de klachtenepisode)

Afwijkend beloop:

beperkingen en participatieproblemen nemen in de tijd niet af, maar blijven gelijk blijven of nemen zelfs toe

Criterium: binnen de laatste drie weken geen duidelijke toename in activiteiten en participatie.

Uitgangspunten richtlijn specifieke LRP (2)

Profiel 1. rugpijn met een normaal beloop

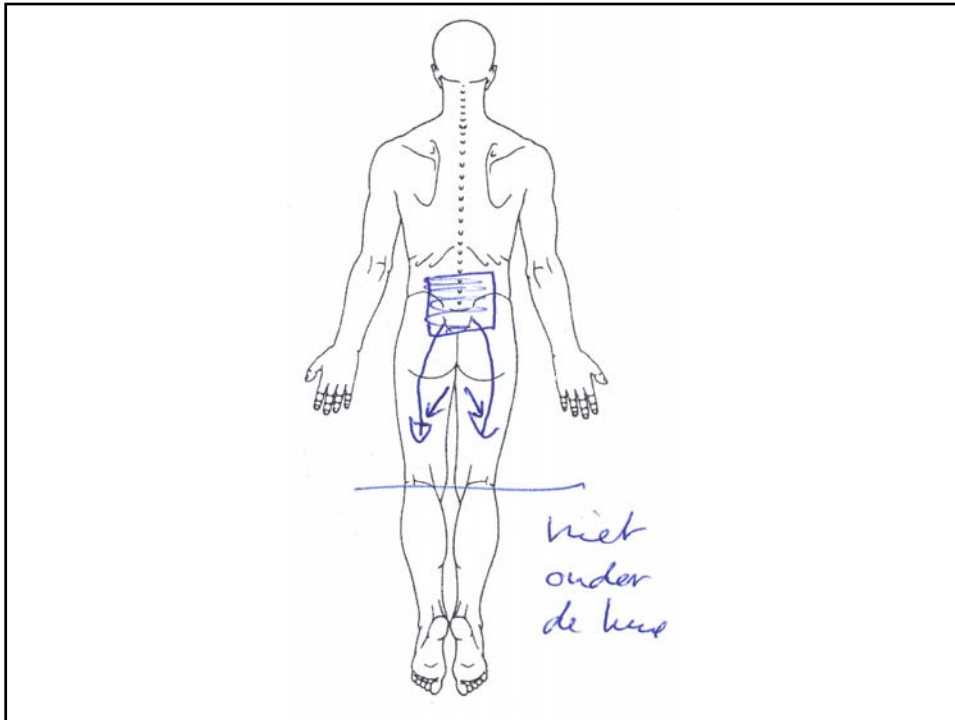
Profiel 2. rugpijn met een afwijkend beloop ZONDER dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren

Profiel 3. rugpijn met een afwijkend beloop MET dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren

Is het zinvol om de STarT vragenlijst te gebruiken?

XXXX, 25 jaar.

- Wel eerder LRP gehad; dit keer LRP met uitstraling naar achterzijde beide bovenbenen.
- Huidige episode: ruim een maand; toenemende klachten / beperkingen.
- Dagritme OK, slaapt goed.
- Lang staan verergert de pijn (= docent).
- Veel problemen met voetballen; tijdens en na afloop; stijve hamstrings, pijn in de rug.
- Hulpvraag vooral gericht op pijnvrije ADL (werk) & op mogelijk maken van voetballen.



Video fragment.

XXXXX , aanvullend.

- VBA: 20 cm;
Modified Schober 15 >> 23 cm
- Short hamstrings
- Matig selectief bewegen
- Aantal provocatie tests SIG +

Vragen tijdens / na onderzoek :

- Screening op 'medische' ICD aandoeningen.
- Welk patroon is aanwezig?
- KNGF richtlijn: profiel 1, 2 of 3?
- Reden voor de LRP? BPS model / KR.
Doelstellingen voor nader onderzoek.
- Indicatie voor fysiotherapie? Zo ja:
- Subdoelstellingen voor FT / MT behandeling.

- Later: behandelen / evalueren / aanpassen
afronden / verslagleggen.

Een patiënt met LRP

Medische gegevens, afspraak maken, anamnese.

- Patroon (uit anamnese)
- Oswestry vragenlijst (0-100)

Stap	Classificatie systeem	Cluster van oz gegevens	Klassering	Plan van aanpak
1	Rode vlaggen	Zie 'rijtjes' van rode vlag vragen	Mogelijk specifieke LRP (vooral serious, non-mech.)	Indicatie medisch ond.?
2	Mechanism based, met een biomechanisch patroon, is er een plausible somatische oorzaak (substraat)?	- Medical mechanism / beeld (ICD) - FT / MT mechanism / beeld (FT functiediagnostiek / FT classificatie systeem)	Vb.: discusdegeneratie, artrose, sacroiliitis, sp.stenose Vb.: myofasciaal syndroom hypo LWK / sacrum dispositie neurale verschuifbaarheid ↓	Conditie verbeterende / activerende therapie - Desensitisatie MTP - Mob./Manipulatie - Mobilisatie, rekkingen
3	Traktament based classification (TBC) meestal gevolgd door:	16 dg, distaal, FABQ, PA vering, heup Jong, a-ritmisch, prone instab, >SLR Positief centralisatie fenomeen	LRP door beperkte mobiliteit LRP door beperkte stabiliteit LRP door 'reducible disc'	Manipulatie / mobilisatie Stab./spierversterking Directional preference
4	Kwaliteit van bewegen BDS (Bew. Disf. Syndr)	Biomech. pijn bij vergrote mobiliteit Biomech. pijn bij beperkte mobiliteit	Control Impairment (GIVE) Movement Impairment (STIFF)	Verbeteren stabiliteit Verbeteren mobiliteit
5	Pijn reductie tests (MWM, SNAG's)	Biomech. provocatie van pijn neemt af bij correctie van de bew. / dispositie	Pijn bij bewegen door dispositie / insuff. coordinatie	Verbeteren sturing / tape
6	Functioneel onderzoek	PSK duidt op disfuncties ADL gedrag	LRP met beperkte activiteiten o.b.v. operante conditionering	Graded activity (CGT)
7	Gele vlaggen, coping stijl: (te) passief / actief	Disfunctionele cognities & percepties, IPO en/of emoties FABQ, Tampa, AEO (AvoidanceEnduranceQ)	LRP & disfunctionele cognities LRP & bewegingsangst LRP & confrontatie	CTIP Illness Perc. / CGT Graduele exposure (CGT) Ontspan. / Coping (CGT)
8	Gele / oranje vlaggen	Psychologie/ psychiatrie: 4 DKL	LRP bij psychologisch disfunc.	Indicatie andere profess.
9	Blauwe/zwarte vlaggen	Sociaal-maatschappelijke problemen	LRP bij conflicten werk	Indicatie andere profess.

Verbeteren algemene functies: kracht, uith.verm., snelheid

Toepassen fysiologische trainingsprincipes (FITT)

Einde FT begeleiding Zelfredzame persoon

Een patiënt met LRP

Medische gegevens, afspraak maken, anamnese.

- Patroon (uit anamnese)
- Oswestry vragenlijst (0-100)

Stap	Classificatie systeem	Cluster van oz gegevens	Klassering	Plan van aanpak
1	Rode vlaggen	Deel uit KNGF richtlijn: met screening & profielen.		
2	Mechanism based, met een biomechanisch patroon, is er een plausible somatische oorzaak (substraat)?	- Medical mechanism / beeld (ICD) - FT / MT mechanism / beeld (FT functiediagnostiek / FT classificatie systeem)	Vb.: discusdegeneratie, artrose, sacroiliitis, sp.stenose Vb.: myofasciaal syndroom hypo LWK / sacrum dispositie neurale verschuifbaarheid ↓	Conditie verbeterende / activerende therapie - Desensitisatie MTP - Mob./Manipulatie - Mobilisatie, rekkingen
3	Traktament based classification (TBC) meestal gevolgd door:	16 dg, distaal, FABQ, PA vering, heup Jong, a-ritmisch, prone instab, >SLR Positief centralisatie fenomeen	LRP door beperkte mobiliteit LRP door beperkte stabiliteit LRP door 'reducible disc'	Manipulatie / mobilisatie Stab./spierversterking Directional preference
4	Kwaliteit van bewegen BDS (Bew. Disf. Syndr)	Biomech. pijn bij vergrote mobiliteit Biomech. pijn bij beperkte mobiliteit	Control Impairment (GIVE) Movement Impairment (STIFF)	Verbeteren stabiliteit Verbeteren mobiliteit
5	Pijn reductie tests (MWM, SNAG's)	Biomech. provocatie van pijn neemt af bij correctie van de bew. / dispositie	Pijn bij bewegen door dispositie / insuff. coordinatie	Verbeteren sturing / tape
6	Functioneel onderzoek	PSK duidt op disfuncties ADL gedrag	LRP met beperkte activiteiten o.b.v. operante conditionering	Graded activity (CGT)
7	Gele vlaggen, coping stijl: (te) passief / actief	Disfunctionele cognities & percepties, IPO en/of emoties FABQ, Tampa, AEO (AvoidanceEnduranceQ)	LRP & disfunctionele cognities LRP & bewegingsangst LRP & confrontatie	CTIP Illness Perc. / CGT Graduele exposure (CGT) Ontspan. / Coping (CGT)
8	Gele / oranje vlaggen	Psychologie/ psychiatrie: 4 DKL	LRP bij psychologisch disfunc.	Indicatie andere profess.
9	Blauwe/zwarte vlaggen	Sociaal-maatschappelijke problemen	LRP bij conflicten werk	Indicatie andere profess.

Verbeteren algemene functies: kracht, uith.verm., snelheid

Toepassen fysiologische trainingsprincipes (FITT)

Einde FT begeleiding Zelfredzame persoon

Vraag 1:

Waarom volgens RNT wel tijdige FT / MT?

- Je mist een relevante groep die goed te behandelen is (ook met korte behandel duur)
- Je kunt ook 'sensitisatie' / verkeerde cognities voorkomen.

Vraag 2:

Waardering voor oude & nieuwe richtlijn?

Vraag 3:
Houden de Amerikaanse GP zich aan de richtlijnen door in principe niet / nauwelijks te verwijzen naar de FT / MT?

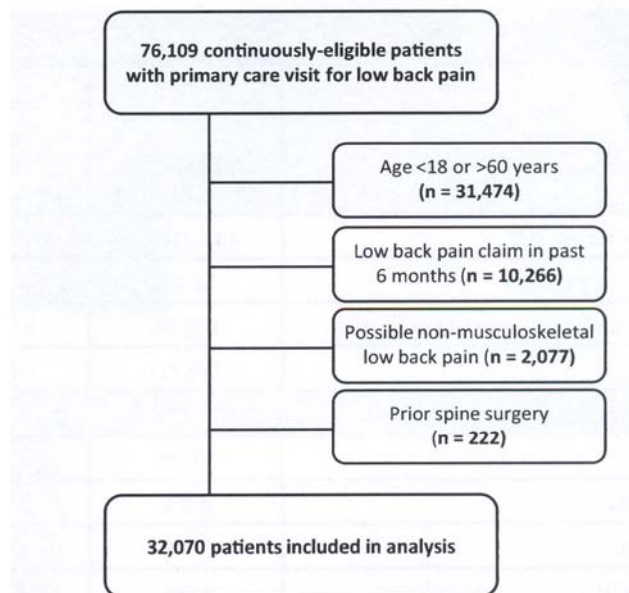


Figure 1. Reasons for exclusion of patients from the analysis.

TABLE 1. Characteristics of Patients With New Consultations in Primary Care With Low Back Pain						
	All Patients (n = 32,070)	Utilized Physical Therapy (n = 2234)	Timing of Physical Therapy (n = 2077)		Content of Physical Therapy (n = 1917)	
			Early (n = 1102)	Delayed (n = 975)	Adherent (n = 413)	Nonadherent (n = 1504)
Age (mean, SD)	43.1 (10.1)	43.6 (9.9)	43.1 (10.2)	44.0 (9.5)	42.5 (10.3)	44.1 (9.7)
Sex (% female)	55.8%	54.2%	56.6%	53.0%	48.4%	56.4%
Index visit copayment (mean, SD)	\$26.56 (28.22)	\$27.84 (30.10)	\$28.55 (31.55)	\$27.33 (28.59)	\$28.93 (\$34.33)	\$27.95 (\$29.43)

Vraag 3:

Van deze 32.070 patienten werden er 2234 verwezen (FT / MT binnen 3 maand); dat is 7,0%.

Vraag 4:
Zijn de geïncludeerde LRP patienten te
vergelijken met onze 1^e lijn populatie?

- Verdeeld over de hele USA
- Afgezien van de TEA party toch een westers modern land
- Gaat hier om dor de GP verwezen patienten
- De inclusie / exclusie criteria zijn OK

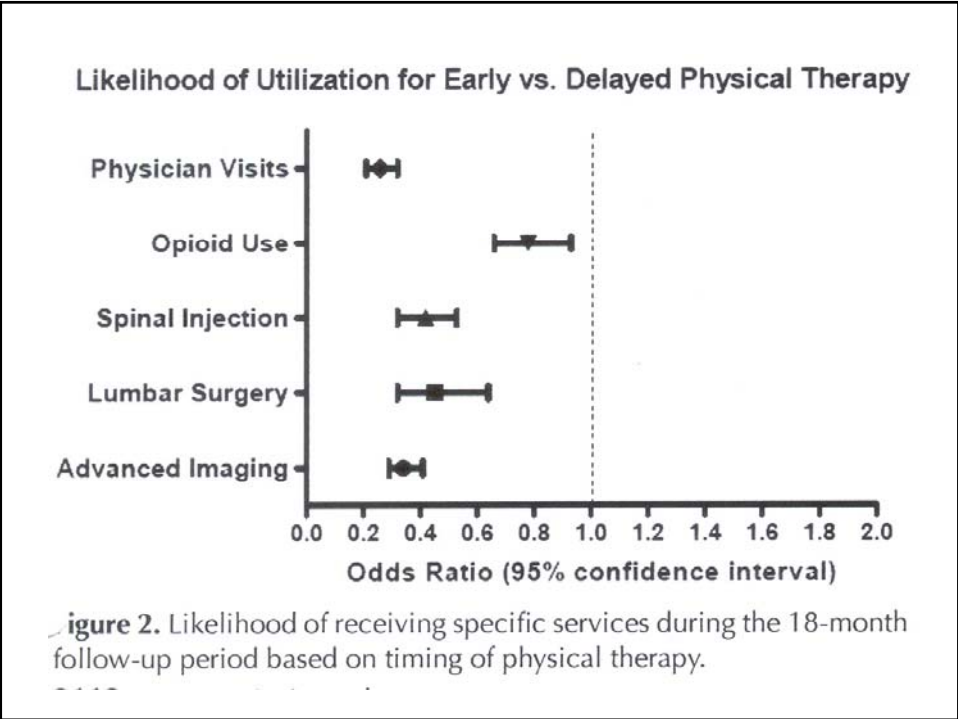
Vraag 5:
Zijn er voordelen in de tijdige FT / MT
groep?

JA !!

TABLE 3. Costs Incurred During the 18-Month Period Following the Index Primary Care Visit

	All Patients (n = 32,070)	Timing of Physical Therapy (n = 2077)		Content of Physical Therapy (n = 1917)	
		Early (n = 1102)	Delayed (n = 975)	Adherent (n = 413)	Nonadherent (n = 1504)
Imaging procedures	\$291.12 (5.42)	\$473.32 (63.92)	\$807.20 (42.12)	\$513.84 (46.82)	\$701.14 (52.32)
Physician visits	\$209.54 (1.48)	\$259.62 (9.76)	\$411.76 (11.89)	\$295.52 (14.33)	\$357.15 (9.86)
Surgical/injection procedures	\$740.44 (36.84)	\$1018.88 (170.65)	\$2760.62 (381.27)	\$1445.23 (486.37)	\$1965.72 (229.42)
Inpatient nonsurgical procedures	\$79.28 (11.13)	\$65.00 (30.58)	\$231.79 (64.52)	\$162.31 (90.20)	\$142.99 (37.81)
Emergency room visits	\$19.83 (0.87)	\$26.21 (4.89)	\$25.22 (4.59)	\$24.87 (6.94)	\$28.61 (4.36)
Prescription medication	\$104.23 (3.01)	\$80.41 (10.22)	\$116.83 (11.27)	\$76.43 (9.85)	\$98.85 (9.61)
Other LBP-related costs	\$437.89 (8.11)	\$1225.04 (52.10)	\$1531.3 (67.01)	\$1090.64 (89.06)	\$1651.73 (53.07)
Total LBP costs	\$1882.33 (44.58)	\$3148.49 (228.90)	\$5884.71 (429.92)	\$3608.83 (533.49)	\$4946.18 (277.19)
Non-LBP health care costs	\$7892.53 (108.7)	\$7169.22 (472.39)	\$8430.44 (761.80)	\$7254.82 (1,155.66)	\$7511.44 (402.09)

Values represent mean (standard error).



Voor interpretatie OR; zie LR - :

LR+	LR-	Interpretatie:
> 10	< 0,1	- Heeft grote invloed op de te genereren diagnose (= pathognomonische test).
5-10	0,1-0,2	- Belangrijke test, duidelijke invloed op diagnose.
2-5	0,2-0,5	- Geringe maar klinisch soms belangrijke invloed.
1-2	0,5-1	- Weinig relevante test.

Vraag 6:
Gelden die voordelen ook voor tijdig medisch specialistisch onderzoek?

- Nee, leiden juist tot meer problemen!

TABLE 2. Utilization of Specific Services for Low Back Pain in the 18-Month Period Following the Index Primary Care Visit					
	All Patients (n = 32,070)	Timing of Physical Therapy (n = 2077)		Content of Physical Therapy (n = 1917)	
		Early (n = 1102)	Delayed (n = 975)	Adherent (n = 413)	Nonadherent (n = 1504)
Advanced imaging (MRI or CT)	18.9%	29.4%	54.9%	38.7%	43.9%
Additional physician visits	44.1%	52.6%	81.0%	64.4%	68.8%
Lumbar spine surgery	2.5%	4.7%	9.9%	5.1%	8.1%
Lumbar spinal injections	7.1%	10.1%	21.2%	12.6%	17.8%
Opioid medication use	49.1%	49.1%	55.3%	49.6%	53.2%

MRI indicates magnetic resonance imaging; CT, computed tomography.

Vraag 7:
Zijn er + redenen voor een activerend
FT / MT beleid?

TABLE 1. Characteristics of Patients With New Consultations in Primary Care With Low Back Pain						
	All Patients (n = 32,070)	Utilized Physical Therapy (n = 2234)	Timing of Physical Therapy (n = 2077)		Content of Physical Therapy (n = 1917)	
			Early (n = 1102)	Delayed (n = 975)	Adherent (n = 413)	Nonadherent (n = 1504)
Age (mean, SD)	43.1 (10.1)	43.6 (9.9)	43.1 (10.2)	44.0 (9.5)	42.5 (10.3)	44.1 (9.7)
Sex (% female)	53.9%	54.2%	56.6%	53.0%	48.4%	56.4%
Index visit copayment (mean, SD)	\$26.56 (28.22)	\$27.84 (30.10)	\$28.55 (31.55)	\$27.33 (28.59)	\$28.93 (34.33)	\$27.95 (29.43)

Slechts in 21,5 % activerend beleid!



Verbeteren Zelfredzaamheid



- Doen we dat ook?
- En hoe werkt dat dan?
- Heet dat toepassen van SM ???

Table 1
Components of traditional SM interventions.

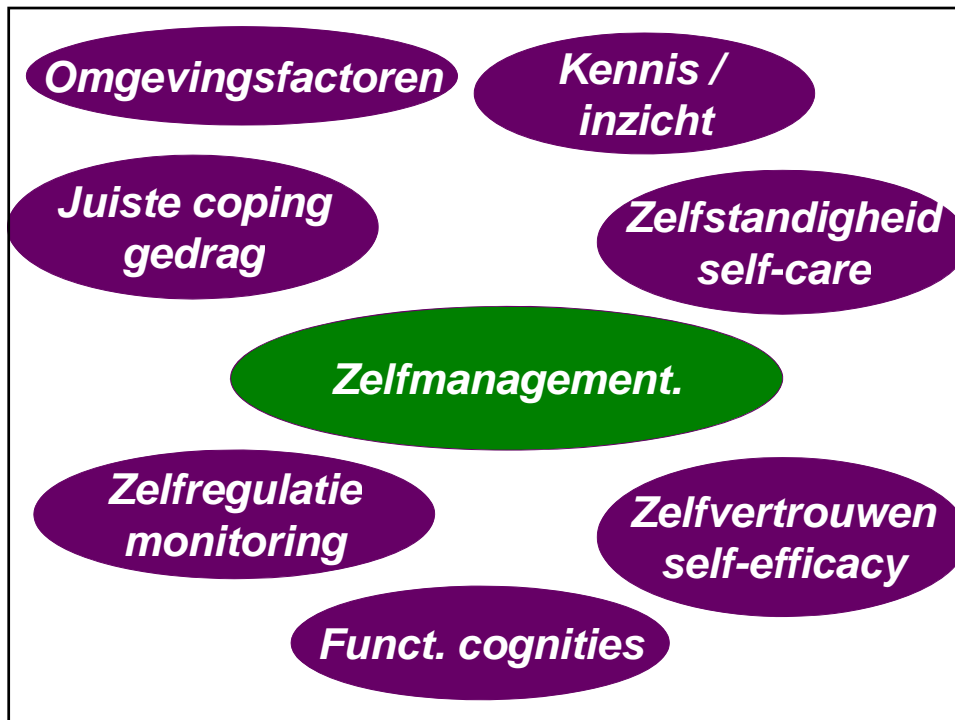
Main Component ^a	Content
Management of symptoms/pain education	Understanding the disease/condition Managing medication Breathing techniques Managing fatigue and flare-ups Self-monitoring (eg pain diary)
Management of psychological consequences	Behavioural or cognitive therapy – decisional balance, cognitive restructuring
Promoting healthy lifestyle	Dietary advice, overcoming barriers to exercise, sleep management; physical activity and exercise
Mind-body therapies	Meditation, visualisation, guided imagery, distraction, relaxation
Other components	Career planning Goal setting Spirituality Assertiveness Importance of social support from family and significant others in the community

^a These components have been summarised from Barlow et al. (2002), Shaw et al. (2011) and Carnes et al. (2012).

Table 2
Practical tips for clinicians to incorporate SM into practice when managing patients with a chronic musculoskeletal condition.

Tip	How
1. Establish Rapport	Invite patient to bring a partner, relative or friend. Converse in lay language. Ask the patient to prioritise their problems. Seek permission from patient to contact significant other stakeholders such as workplace supervisor or rehabilitation coordinator.
2. Adopt an active listening communication style	Sometimes referred to the Ask-Tell-Ask process, in which the clinician asks the patient what they want to know, proceeds to explain it and then says "I have provided a lot of information about your condition. To make sure I have explained it clearly, can you tell me your understanding of what was said?" The type and format of information provided will depend on the needs of the patient and whether they are ready to receive the information. The patient may express concern that work is harmful or returning to work before 100% will result in recurrence of injury. The patient may be unaware of the support available to assist them at work such as ergonomic interventions, lifting aids or, specially designed tools. The clinician can recommend a workplace assessment during which time work modifications can be recommended.
3. Provide information	This is done in collaboration with the patient and consistent with their identified problems and goals. The goals must be important to the individual and they should be relatively confident of achieving it. The action plan may be a structured physical activity program to enhance fitness in preparation for RTW. Another type of action plan is a modified duties plan which is organised between the health care provider, employer and injured worker. The written plan clearly outlines hours, duties, number and duration of breaks and is signed by all parties as evidence of agreement. Specific goals set are realistic, can be achieved within the following week and are measurable will be more likely to lead to success.
4. Develop an action plan	
5. Goals of treatment are: Measurable Action based Realistic Time framed	
6. Use a non-judgmental approach	Avoid attributing patient non-compliance with recommended interventions to lack of treatment effort. Motivational interviewing is one approach that explicitly avoids contradicting or judging a patient.
7. Facilitate problem solving	Help patient to learn the 4 step process of problem identification, generating possible solutions, implementing one solution based on confidence in achieving it, and evaluating the effectiveness of the solution.
8. Promote self-efficacy	Mastery of SM skills is encouraged when the clinician praises achievements. Friends and family significant to the patient should also be used to praise success, even small ones. Initiating too many changes at once may result in poor adherence and the patient may become discouraged. An example would be to prescribe one exercise (rather than 10) initially so that the patient may experience success in completing them and perceive therapeutic benefits. With success comes therapy and confidence. Patients who report being unaware of their entitlements or fear job loss necessary to being on compensation should be encouraged to maintain communication with their case manager and employer. Maintaining regular communication with the employer will result in faster return to work and greater satisfaction with the rehabilitation process.
9. Link patients with resources	Patients can be referred to support groups or community resources to help them achieve their goals or gain the support needed to manage their condition. For example, group exercise programs, not-for-profit organisations which provide support and resources for people dealing with the consequences of chronic pain (Chronic Pain Australia, http://www.chronicpainaustralia.org.au/), evidence based information about return to work for employers, employers, health providers and insurers (http://www.theknowledge.org/).
10. Encourage patient to maintain personal health records	This should record the various health providers they are consulting and their contact details, appointments and medications. Such a record will enhance communication between providers and help the patient keep track of appointments.
11. Active follow up	Follow up appointments are made with the patient or alternatively, an 'open-door' of communication is available to the patient should they need support. If a modified or alternate duties plan is implemented, it is essential that it is monitored on a weekly basis and altered as required.

Source: Chronic Pain Australia, unlabelled, volunteer, not-for-profit. There is an online forum and a free monthly e-bulletin that people can subscribe to. Web address is: <http://www.chronicpainaustralia.org.au/>. There is also a Facebook page: <http://www.facebook.com/ChronicPainAustralia>



Verschillen

patiënt informatie versus zelfmanagement verbeteren

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Informatie/vaardigheid worden aangeleerd. • Meestal spec. gericht op 1 aandoening. • Verondersteld dat betere info 'vanzelf' >> beter gedrag. • Doel is meestal betere compliance. • Zorgaanbieder bepaalt de informatie. | <ul style="list-style-type: none"> • Alleen gericht op door pt. genoemd probleem. • Vaardigheden zijn op meerdere aand. gericht. • Gedrag wordt dan ook getoetst, zelfvertrouwen relevant • Doel is het verbeteren van zelfredzaamheid. • Andere 'leraren' zijn aanwezig. |
|---|--|

Het betreft
2 richting
verkeer!



6. AFSLUITING, ADVIEZEN.



- Tijdige FT / MT = binnen 2 weken.
- Tijdige FT / MT bespaart kosten.
- Tijdige FT / MT is vooral zinvol als de FT / MT in staat is tot een activerend beleid.
- Data verzamelen die verder fundament onder deze constatering legt, is waardevol.
- Profiel van de FT / MT kan daar mee verbeterd worden.

Volgende bijeenkomst:

Donderdag 3 april 2014.