

- Programma 18:30 – 19:00 uur: Inhoudelijk deel
 - LRP in het Nieuws
 - SBTwente inhoud
 - Bespreking artikel Pardo et al over de toegevoegde waarde van PNE
- Door Gerard Koel:
WG inhoud RNT

Volgende bijeenkomst RNT congress op 13-11-2018.

enderde patiënten wordt verkeerd behandeld

Lage rug pijnpunt

René Steenhorst

ERDAM • Ruim derde van de patiënten met lage rugpijn in Nederland wordt verkeerd verzorgd. Van deze rugpijnen worden onbehandeld, vaak niet of weinig effectieve therapieën, die indien dikwijls lang duur zijn.

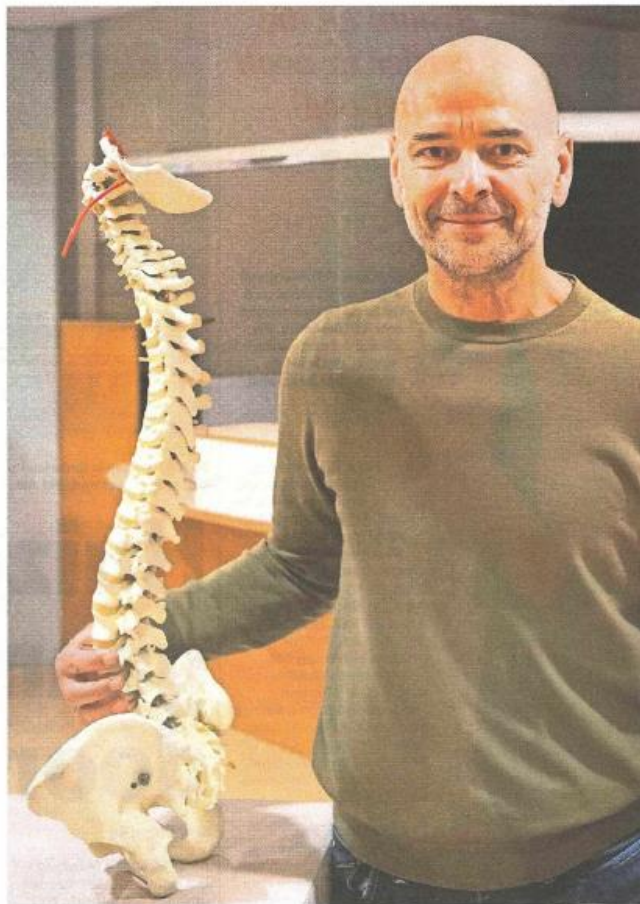
stelt bewegingswetenschapper en epidemioloog van Tulder van de Universiteit in Amsterdam. Zijn oordeel over de lage rugpijn in Nederland is hard. Prof. dr. Van Tulder is hierin gesteund te zien door een groep van 35 toelichters uit zes landen.

de maat

groep internationale onderzoekers, wie vijf Nederlanders zich vandaag in een gezamenlijke wetenschappelijke publicatie (in tijdschrift The Lancet) kritisch over de zorg voor de lage rugpijn in hun eigen landen, der naast Europese landen ook Canada, Australië en VS. „Die zorg is, net als in Nederland, vaak onder de maat”, zegt Van Tulder.

In de onderrug blijkt juist een van de beste gezondheidsaanpakken, stelt ook de Wereldgezondheidsorganisatie. In de categorie 'let op beperkingen' staan klachten zelfs op de eerste plaats.

Niks dat is er, aldus onderzoekers, nog steeds wetenschappelijk bewijs dat lage rugpijn – zowel onder de rug als in de tweede lijn, als zekeraars. Zo'n 80 procent van de volwassenen



Prof. Van Tulder doet al 25 jaar onderzoek naar de doelmatigheid van behandelingen voor de onderrug. Elk jaar komen er circa 600.000 rugpijn-patiënten bij.

FOTO MARCEL ANTONISSE

heeft op gezette tijden wel eens last van een zeurende of stekende pijn laag in de rug.

In Nederland kampen op dit moment zo'n twee mil-

joen mensen met lage rugklachten, blijkt uit gegevens van het onderzoeksinstituut Nivel. Voor 80 procent betreft het volwassenen. Zij klagen over uiteenlopende

rug-ongemak, variërend van aanhoudende vermoeidheidssensaties onder in de rug tot en met uitstralende pijn in een been of bil, waarbij vaak onmiddellijk

'Actief blijven en oefeningen doen'

aan een hernia wordt gedacht. Elk jaar komen er circa 600.000 rugpijn-patiënten bij.

Symptoom

Lage rugklachten zijn echter een symptoom en niet een ziekte, stelt Maurits van Tulder. Al 25 jaar doet hij onderzoek naar de doelmatigheid van medische behandelingen voor de onderrug. „Niet alleen zijn veel behandelingen niet of weinig effectief, soms maken ze het alleen maar erger omdat ze de pijn uiteindelijk verlengen.”

Bovendien leiden allerlei beeldvormende technieken, zoals MRI- en/of CT-scanners, er volgens de onderzoekers toe dat er operaties plaatsvinden, die uiteindelijk weinig verbetering brengen. „Afwijkingen die gezien worden op MRI en CT komen net zo vaak voor bij mensen met als zonder lage rugklachten.”

Wat dan?

Maar wat moeten deze patiënten dan? Van Tulder: „Ons onderzoek toont aan dat actief blijven en oefeningen doen de beste strategieën zijn om zelf met lage rugklachten om te gaan, zelfs als dat leidt tot tijdelijke pijn toename. Ook is het heel belangrijk om aan het werk te blijven en dagelijkse activiteiten en hobby's te blijven uitvoeren.”

Rugpijn kost de Nederlandse samenleving elk jaar 3,5 miljard euro, waarvan 2,8 miljard aan werkverzuim en 700 miljoen euro aan zorgkosten.

**LRP
in
het
nieuws.**

heeft op gezette tijden wel eens last van een zeurende of stekende pijn laag in de rug.

In Nederland kampen op dit moment zo'n twee mil-

joen mensen met lage rugklachten, blijkt uit gegevens van het onderzoeksinstituut Nivel. Voor 80 procent betreft het volwassenen. Zij klagen over uiteenlopend

soorten pijn.

Rugpijn kost de Nederlandse samenleving elk jaar 3,5 miljard euro, waarvan 2,8 miljard aan werkverzuim en 700 miljoen euro aan zorgkosten.

sche behandelingen voor de onderrug. „Niet alleen zijn veel behandelingen niet of weinig effectief, soms maken ze het alleen maar erger omdat ze de pijn uiteindelijk verlengen.”

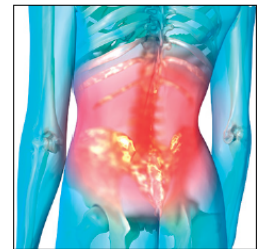
Rovendien leiden allerlei

Low back pain: a major global challenge

Low back pain is a major problem throughout the world and it is getting worse—largely because of the ageing and increasing world population.¹ It affects all age groups and is generally associated with sedentary occupations, smoking, obesity, and low socioeconomic status.² Years lived with disability caused by low back pain have increased by more than 50% since 1990, especially in low-income and middle-income countries (LMICs).^{1,2} Disability related to low back pain is projected to increase most in LMICs

from high-income countries, and whether guidelines based on this evidence would be suitable for LMICs is not known. They propose solutions to inappropriate treatment, such as the use of opioids, but admit that the evidence base for them is inadequate.

The last paper is a call for action by Buchbinder and colleagues⁴ who argue that persistence of disability associated with low back pain needs to be recognised and that it cannot be separated from social and economic factors and personal and cultural beliefs



Published Online
March 21, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30725-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30725-6)

The Lancet, march 2018.

Low back pain 2



Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions

Nadine E Foster, Johannes R Anema, Dan Cherkin, Roger Chou, Steven P Cohen, Douglas P Gross, Paulo H Ferreira, Julie M Fritz, Bart W Koes, Wilco Peul, Judith A Turner, Chris G Maher, on behalf of the Lancet Low Back Pain Series Working Group*

Many clinical practice guidelines recommend similar approaches for the assessment and management of low back pain. Recommendations include use of a biopsychosocial framework to guide management with initial non-pharmacological treatment, including education that supports self-management and resumption of normal activities and exercise, and psychological programmes for those with persistent symptoms. Guidelines recommend prudent use of medication, imaging, and surgery. The recommendations are based on trials almost exclusively from high-income countries, focused mainly on treatments rather than on prevention, with limited data for cost-effectiveness. However, globally, gaps between evidence and practice exist, with limited use of recommended first-line treatments and inappropriately high use of imaging, rest, opioids, spinal injections, and surgery. Doing more of the same will not reduce back-related disability or its long-term consequences. The advances with the greatest potential are arguably those that align practice with the evidence, reduce the focus on spinal abnormalities, and ensure promotion of activity and function, including work participation. We have identified effective, promising, or emerging solutions that could offer new directions, but that need greater attention and further research to determine if they are appropriate for large-scale implementation. These potential solutions include focused strategies to implement best practice, the redesign of clinical pathways, integrated health and occupational interventions to reduce work disability, changes in compensation and disability claims policies, and public health and prevention strategies.

Published Online
March 21, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6)

See Online/Comment
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30725-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30725-6)

See Online/Viewpoint
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4)

This is the second in a [Series](#) of two papers about low back pain

*Members listed at the end of the report

Arthritis Research UK Primary Care Centre, Research Institute for Primary Care and Health Sciences, Keele University,

Change clinical systems and pathways for low back pain

UK⁸⁶⁻⁸⁸

Stratified primary care based on the patient's risk of persistent disabling pain (STarT Back). The approach consists of the use of a short self-completed questionnaire (the STarT Back tool)⁸⁶ to identify the patient's risk subgroup (low, medium, or high risk) with treatment then matched to the subgroup. The STarT Back trial⁸⁷ included 852 patients and the IMPaCT Back study included 922 patients.⁸⁸ The primary outcome was back-related disability.

Stratified primary care led to significantly improved back-related disability and improvements in other outcomes such as days lost from work. There were also changes in health-care use (less spinal imaging, fewer repeat visits to general practice, fewer specialist consultations) that contributed to cost savings of £34 (US\$50) per patient in health-care costs, and £600 (\$877) per employed patient when days lost from work were included.

Effective: two studies, one randomised controlled trial with linked cost-effectiveness analysis and one impact analysis sequential cohort study with linked cost-effectiveness analysis. Potential for testing in other countries and settings.

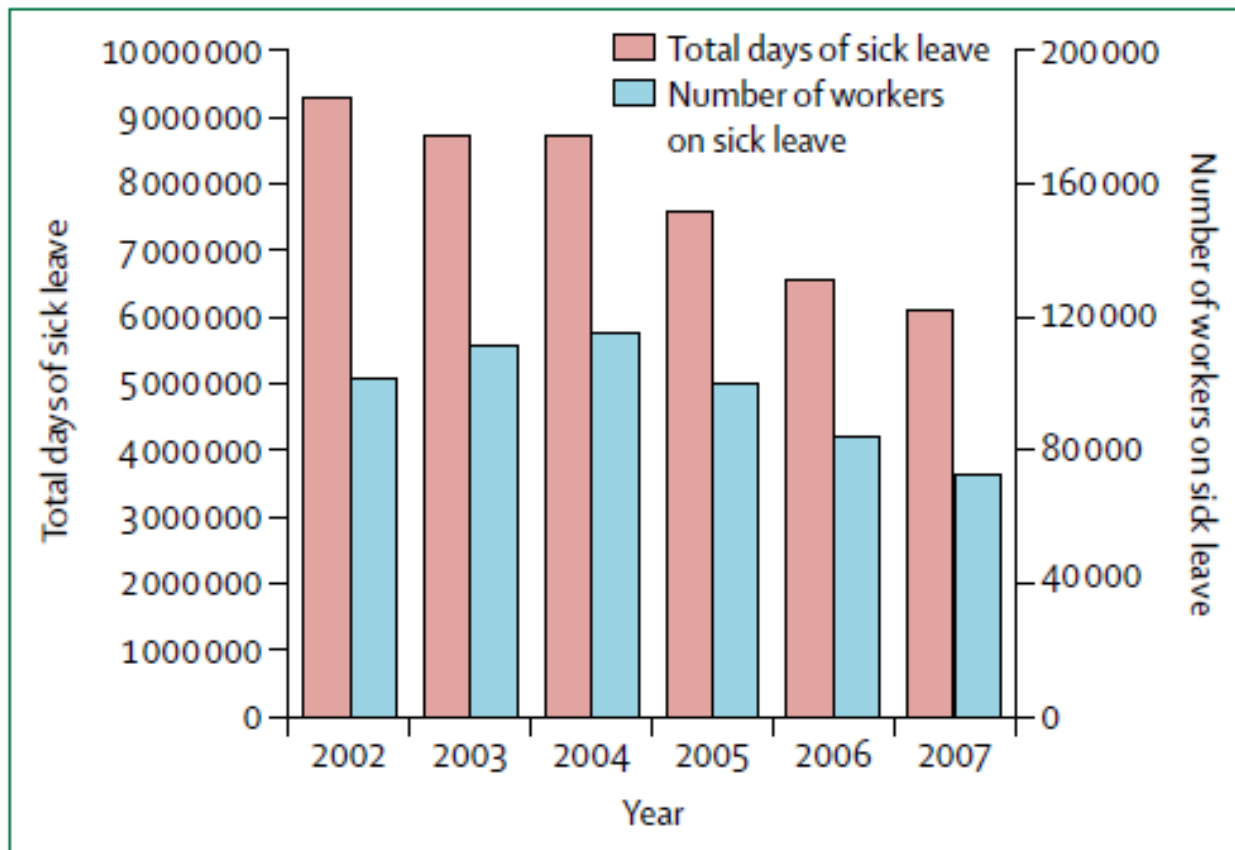


Figure: Sick leave days and number of workers on sick leave in the Netherlands (2002-07)



Gerard Koel @gerard_koel · 27 feb.

Krijg nou wat! + 53% patiënten weet niet van DTF! Dat betekent dat @KNGF_Fysio @Saxion_MMS @schoudernetwerk we nog veel potentieel werk hebben. Laten we dat realiseren!

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

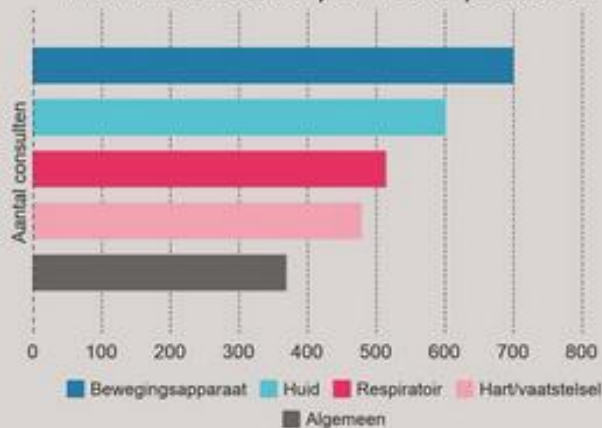


1.4 miljoen patiënten

350 praktijken



Aantal consulten per 1.000 patiënten



Consulten voor bewegingsapparaat



Meest voorkomende klachten:

1. Klachten van de knie
2. Lage rugpijn zonder uitstraling
3. Lage rugpijn met uitstraling





Sigurd Mikkelsen

@SigMik

Volgen



Unfortunately, this is no April Fools.

[#TheLancetSeriesOnLBP](#) [#LowBackPain](#)

 Vertalen uit het Engels

 formal and informal social-support systems are negatively affected. While in high-income countries, the concern is that the prevalent health-care approaches for low back pain contribute to the overall burden and cost rather than reducing it.⁸ Spreading high-cost health-care models to

05:30 - 1 apr. 2018



Gerard Koel @gerard_koel · 3 apr.

On the other hand all the authors of [#TheLancetSeriesOnLBP](#) earn a high income in high income [#lowbackpain](#) countries; also no April Fools!

mal social-sup
n high-income
nt health-care
o the overall bu
reading high-co

Sigurd Mikkelsen @SigMik

Unfortunately, this is no April Fools.

[#TheLancetSeriesOnLBP](#) [#LowBackPain](#)

ORIGINAL RESEARCH

Pain Neurophysiology Education and Therapeutic Exercise for Patients With Chronic Low Back Pain: A Single-Blind Randomized Controlled Trial



Gema Bodes Pardo, PhD,^a Enrique Lluch Gírbés, PhD,^{b,c,d} Nathalie A. Roussel, PhD,^{d,e,f}
Tomás Gallego Izquierdo, PhD,^g Virginia Jiménez Penick, MSc,^a Daniel Pecos Martín, PhD^g

From the ^aClínica Bonn, Madrid, Spain; ^bDepartment of Physical Therapy, University of Valencia, Valencia, Spain; ^cPain in Motion Research Group; ^dDepartment of Human Physiology (Chropiver), Faculty of Physical Education & Physiotherapy, Vrije Universiteit Brussel; ^eFaculty of Medicine and Health Sciences, University of Antwerp, Wilrijk; ^fDepartment of Health Care Sciences, Division of Musculoskeletal Physiotherapy (Chropiver), Artesis University College, Antwerp; and ^gDepartment of Physical Therapy of Universidad de Alcalá, Spain.

Vraag 1:

Bij 1 op 1 consult kleren altijd uit?

Is sprake van een
schuivend proces ??

Vraag 2: Op welke wijze stel je vast of je LRP patiënt passende verwachtingen van onze therapie heeft ?

- Zijn patient expectations over een therapie relevant voor de uitkomst van die therapie?
- Zijn patient expectations een onderdeel van evidence based practice?

		Oneens 0	Eens 1
1	In de laatste 2 weken straalde mijn rugpijn wel eens uit naar één of beide benen.	☐	☐
2	In de laatste 2 weken heb ik wel eens pijn in mijn schouder of nek gehad.	☐	☐
3	Vanwege mijn rugpijn liep ik alleen korte afstanden.	☐	☐
4	In de laatste 2 weken kleepte ik me trager dan gewoonlijk aan vanwege mijn rugpijn.	☐	☐
5	Voor iemand in mijn toestand is het echt niet veilig om lichamelijk actief te zijn.	☐	☐
6	Ongeruste gedachten gingen vaak door mijn hoofd.	☐	☐
7	Ik vind dat mijn rugpijn verschrikkelijk is en ik geloof dat het nooit meer beter zal worden.	☐	☐
8	Over het geheel genomen heb ik niet genoten van alle dingen waar ik vroeger wel van genoot.	☐	☐

9. Over het geheel genomen, hoe hinderlijk was uw rugpijn in de laatste 2 weken?

In het geheel niet	Een beetje	Matig	Erg	Extreem
☐	☐	☐	☐	☐
0	0	0	1	1

Vraag 3: Geïnccludeerde patienten?

Table 1 Baseline characteristics

Characteristic	TE Group	PNE Plus TE Group	<i>P</i>
Sex (male/female), n	6/22	6/22	.85
Age (y)	49.2±10.5	44.9±9.6	.12
CSI (0–100)	57.7±6.0	57.8±6.7	.97
NPRS (0–10)	7.8±1.2	8.0±1.2	.93
PPT at spinal process of L3 (kg/cm ²)	3.0±0.6	2.8±0.6	.12
PPT at lateral epicondyle (kg/cm ²)	3.9±0.9	3.6±1.0	.39
FFD (cm)	12.2±4.8	12.5±5.5	.99
RMDQ (0–24)	12.7±1.5	12.0±1.5	.13
PCS (0–52)	32.2±5.1	34.1±7.5	.12
TSK-11 (11–44)	28.1±5.5	28.7±5.7	.63

NOTE. Values are mean ± SD or as otherwise indicated.

Abbreviations: CSI, Central Sensitization Inventory; FFD, finger-to-floor distance; PPT, pressure pain threshold.

Vraag 4: Over de oefentrouw?

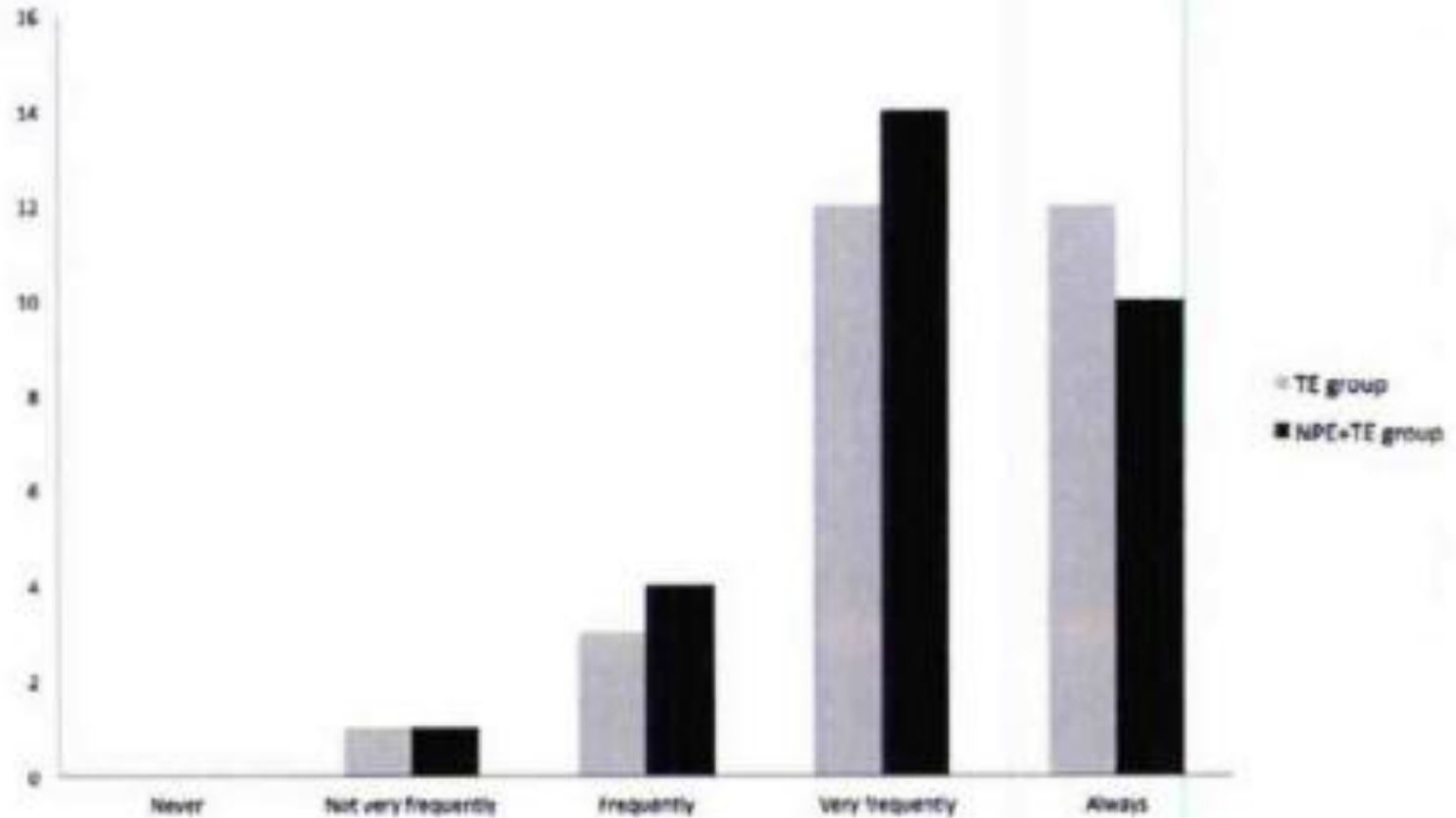


Fig 2 Compliance with home exercises.

Vraag 5:

Zijn de verschillen klinisch relevant?

- In de methoden-paragraaf worden de MCID's / MCIB's van de meetinstrumenten netjes beschreven:
 - NPRS : 2 punten
 - RMDQ bij 'minimal disability' : 1-2 punten
 - RMDQ bij 'severe disability' : 7-8 punten
 - Tampa (11 vragen) : 5,6 punten

Table 3 Comparison between groups for NPRS, RMDQ, PCS, TSK-11, PPT, and FFD

Variable	Baseline	3-mo Follow-Up
NPRS (0–10)		
TE group	7.8 (7.5, 8.4)	4.8 (4.1, 5.5)
PNE plus TE group	7.9 (7.4, 8.4)	2.7 (2.0, 3.4)
Between-group difference in change score*	–2.2 (–2.93 to –1.28); <.001; 1.37	
RMDQ (0–24)		
TE group	12.6 (12.1, 13.1)	9.8 (8.9, 10.6)
PNE plus TE group	12.0 (11.4, 12.6)	6.4 (5.5, 7.2)
Between-group difference in change score*	–2.7 (–3.9 to –1.4); <.001; 1.15	
PCS (0–52)		
TE group	32.1 (30.2, 34.1)	26.9 (24.8, 29.0)
PNE plus TE group	34.1 (31.2, 37.0)	18.2 (15.4, 21.0)
Between-group difference in change score*	–10.6 (–13.1 to –8.06); <.001; 2.23	
TSK-11 (11–44)		
TE group	28.1 (26.0, 30.2)	24.1 (22.0, 26.1)
PNE plus TE group	28.7 (26.1, 30.9)	16.1 (15.2, 16.9)
Between-group difference in change score*	–8.5 (–11.0 to –6.0); <.001; 1.84	

Vraag 6a:

Kun je de inhoud van het PNE programma inschatten?

Vraag 6b:

Vind je dat RNT haar leden dient te voorzien van een 'standaard' lesinhoud?

Vraag 7:
De zin van het TE programma?

Vraag 7:
De zin van het TE programma?

Vraag 8:

Trouw van Ned. fysio's aan 'oude' richtlijn?

Research Report

Adherence to Clinical Practice Guidelines for Low Back Pain in Physical Therapy: Do Patients Benefit?

Geert M. Rutten, Saskia Degen, Erik J. Hendriks, Jozé C. Braspenning, Janneke Harting, Rob A. Oostendorp

G.M. Rutten, MPH, PT, MPT, is Researcher, Physical Therapist, and Manipulative Physical Therapist, Scientific Institute for Quality in Healthcare, Radboud University Nijmegen Medical Centre, PO Box 9101, 114 IQhealthcare, 6500 HB Nijmegen, the Netherlands, and Department of Health Promotion and Health Education/GVO, Maastricht University, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, the Nether-

Table 1.

Individual Quality Indicators per Step of the Process of Care, Their Level of Evidence, and the Mean Percentage of Adherence for the Entire Therapeutic Process and for the Individual Steps

	Level of Evidence ^a	% Adherence (SD)
Entire therapeutic process		67.2 (8.6)
Phases of therapeutic process/individual steps (no. of indicators)		
Diagnostic phase		
1 Referral (1)		2.2 (14.7)
Contact physician if information on referral is lacking (eg, reason for referral, medical examination data, indication for physical therapy or manual therapy)	IV	
2 History taking (7)		60.5 (10.1)
Assessment of patient's specific request for help	IV	
Use of ICF ^b	III	
Use of measurement instrument	II	
Assessment of low back pain course	IV	
Assessment of "yellow flags" and coping strategies	IV	
Presence of "red flags"	IV	
Assessment of supplementary treatment	IV	
3 Patient profile (2)		99.3 (6.0)
Assessment of patient profile	II	
Contact physician in case of contraindications	IV	
4 Examination objectives (1)		32.8 (47.1)
Examination objectives in agreement with patient profile	IV	
5 Examination (1)		45.5 (50.0)
Examination performed in agreement with objectives	II-IV	
6 Analysis (3)		91.5 (14.6)
Assessment of indication for physical therapy	IV	
Indication of prognosis	III	
Referral to physician in case of insufficient results or if no results are expected	IV	
Treatment phase		
7 Treatment plan (2)		47.5 (33.4)
Treatment plan in agreement with patient profile	III	
Patient participation in treatment plan	III	
8 Treatment (2)		55.1 (38.0)
Treatment strategies in agreement with patient profile	I-II	
No. of sessions in agreement with patient profile	IV	
9 Evaluation (4)		88.1 (19.9)
Regular/systematic evaluation of treatment objectives	IV	
Adjustment of treatment objectives, if necessary	IV	
Contact physician in case of insufficient results	IV	
Final evaluation on the basis of treatment objectives (with measurement instruments)	IV(II)	
10 Closure (2)		73.4 (31.5)
Written report to referring physician	IV	
Arrangement of aftercare	IV	

^a Level I=systematic review or >2 high-quality randomized controlled trials (RCTs), level II=2 high-quality RCTs, level III=1 high-quality noncontrolled study, level IV=expert opinion.

^b ICF=International Classification of Functioning, Disability and Health.

Vraag 9:

Bewustheid KNGF – NVMT richtlijn 2013
tijdens het handelen bij LRP patiënten?

Vraag 10:

Zin van het reflecteren op het handelen
van een RNT fysiotherapeut?

Samenvattend.

- In studie Fritz et al 2015 doet early FT – MT het veel minder goed dan verwacht.
- Missen we elementen in de TBC die wel bepalend zijn voor het resultaat?
- Dienen we een nieuwe TBC te ontwikkelen? Of stoppen we met ‘stratified LBP care’?
- Volgende RNT bijeenkomst 02 –11–2017.