De constructie van de 10-item MAWI schaal voor patiënten met a-specifieke lage rugklachten

MARIJE WIEGERSMA

Begeleider: Mathieu de Greef

9 Juni 2017

Hanzehogeschool Groningen
University of Applied Sciences

Afstudeerder
Marije Wiegersma
Vletstraat 16B
8937 AV Leeuwarden

Cohort 2013

Docentbegeleider
Mathieu de Greef
m.h.g.de.greef@pl.hanze.nl

Voorwoord

Voor u ligt het praktijkonderzoek ‘De constructie van de 10-item MAWI schaal voor patiënten met a-specifieke lage rugklachten’. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Praktijk voor Fysio- en Manueel therapie Kollum-Grijpskerk. Dit praktijkonderzoek is tot stand gebracht in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding fysiotherapie aan de Hanzehogeschool te Groningen. Het onderzoek heeft plaats gevonden tussen 13 februari 2017 en 9 juni 2017.

Het onderwerp van deze scriptie is, in samenspraak met de stagebegeleiders binnen de praktijk Marten Bouma en Martijn Doorn, tot stand gekomen. Een vorig praktijkonderzoek in de praktijk is de inspiratie geweest voor het huidige onderzoek. Samen met mijn interesse voor lage rugklachten motiveerde mij dit voor het schrijven van dit onderzoek. Het was een periode waarin ik veel heb geleerd, op wetenschappelijk gebied, maar ook op persoonlijk vlak.

Het was een intensieve periode van 6 maanden waarbij ik een aantal mensen speciaal wil bedanken voor hun hulp. Ik wil de praktijk bedanken voor het mogelijk maken van dit onderzoek en de openhartigheid voor het delen van hun kennis. In het bijzonder wil ik mijn begeleiders Marten Bouma en Martijn Doorn bedanken voor hun hulp en fijne begeleiding. Ook gaat mijn dank uit naar docentbegeleider Mathieu de Greef voor zijn expertise en waardevolle feedback.

Marije Wiegersma
9 Juni 2017

Inhoudsopgave

Samenvatting.....6

Abstract.....7

1. Inleiding.....8

1.1 A-specifieke lage rug klachten 9
1.2 Prevalentie 9
1.3 Diagnostiek 9
1.4 Prognose 9
1.5 Ontwikkeling binnen de zorg 10
1.6 Vraagstellingen 12

2. Methode.....13

2.1 Onderzoeksdesign 14
2.2 Informatie zoekstrategie 14
2.3 Inventarisatie specialisaties 14
2.4 Selectie criteria 15
2.5 Constructie screeningsinstrument 15

3. Inventarisatie.....17

3.1 Manueel therapie 18
3.2 Chronische pijntherapie 19
3.3 Bekkenbodemtherapie 20
3.4 Oefentherapie Cesar 21

4. Resultaten.....23

4.1 Literatuurstudie 24
4.2 Delphi sub-studie 25
4.3 Score model 26
4.4 Feasibility onderzoek 27
4.5 Afname screeningsinstrument 29

5. Discussie.....30

6. Conclusie.....34

7. Literatuurlijst.....36

8. Bijlagen.....40

Samenvating

Inleiding

60 tot 90% van de westerse bevolking maakt ten minste één keer in zijn/haar leven een periode door met a-specifieke lage rugklachten. Meer dan 50% van de patiënten met a-specifieke lage rugklachten maakt een recidief door in het volgende jaar. Met een nieuwe behandelaanpak binnen de gezondheidszorg valt dit aantal enorm terug te dringen. Matched-care modellen zijn uit eerdere studies een effectieve benadering gebleken waarbij op klachtenpresentatie van de patiënt de meest geschikte zorg wordt geïntroduceerd. De doeleinden van deze bestaande screeningsinstrumenten variëren echter. Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een screeningsinstrument die op basis van prognostische factoren bij patiënten met a-specifieke lage rugklachten kan worden ingezet om patiënten zo adequaat mogelijk door te verwijzen naar de aanwezige specialisaties binnen de Praktijk voor Fysio- en Manueeltherapie Kollum-Grijpskerk.

Methode

Een psychometrisch onderzoek vondt plaats van februari 2017 tot juni 2017 naar prognostische factoren voor a-specifieke lage rugklachten. Een literatuurstudie naar de prognostische factoren heeft plaatsgevonden in de databanken Medline, Pubmed en Cochrane. Tevens heeft een inventarisatie van de geïncludeerde specialisaties binnen de praktijk plaatsgevonden. Een Delphi studie naar de geselecteerde factoren heeft plaatsgevonden onder fysiotherapeuten. De resultaten van deze beide onderzoeken lijdt tot de ontwikkeling van het screeningsinstrument.

Resultaten

Na het selecteren van de literatuur zijn 14 artikelen geïncludeerd. Het screenen van deze artikelen leverde 19 factoren op die geïncludeerd zijn voor het onderzoek. Van deze 19 factoren zijn uiteindelijk 10 factoren geselecteerd door de fysiotherapeuten tijdens een digitale Delphi sub-studie. Deze 10 factoren zijn samen met de uitkomsten van de inventarisatie binnen de praktijk gecombineerd tot vragen. Resultaat is een screenende vragenlijst die op basis van de prognostische factoren de patiënten zo adequaat mogelijk verwijst naar de juiste specialisatie. Het instrument is getest naar bruikbaarheid in een kleinschalig feasibility onderzoek.

Conclusie

Op basis van 10 factoren, geselecteerd uit een systematisch literatuuronderzoek en een Delphi sub-studie, is een screeninginstrument ontstaan. Dit instrument helpt de Praktijk voor Fysio- en Manueeltherapie Kollum-Grijpskerk om patiënten, op basis van prognostische factoren, zo adequaat mogelijk door te verwijzen naar de juiste specialisatie. Op deze manier ontvangt de patiënt de meest passende zorg en helpt het de praktijk tevens kosten te reduceren met betrekking tot over- of onderbehandeling. Er zijn echter nog geen waarden beschikbaar over betrouwbaarheid, specificiteit en sensitiviteit. Een vervolgstudie naar deze waarden wordt aanbevolen.

Abstract

Background

Among 60 to 90% of the western population pass through at least one period of non-specific low back pain in their lives. About 50% of the patients with non-specific low back pain show a relapse in the following year. With a new treatment strategy in healthcare, this amount can be significantly reduced. Based on previous studies, Matched care models have been found an effective approach to introduce the most appropriate care on complaints. However, the purposes of existing screening instruments vary. The purpose of this research is to develop a screening questionnaire, based on prognostic factors for non-specific low back pain. This screening questionnaire can be applied in patients in order to provide the most effective care, presented by various specializations within the practice of physical therapy Kollum-Grijpskerk.

Method

A psychometric study about prognostic factors for non-specific low back pain was executed from February 2017 to June 2017. A literature study to examine prognostic factors was executed in electronic databases Medline, Pubmed and Cochrane. Besides that, an inventory to the included specializations in a primary care practice took place. A Delphi study was conducted to assess the agreement between physical therapists on the selected prognostic factors. The results of the literature study, the Delphi sub-study, and the inventory together formed the building blocks of the screening questionnaire.

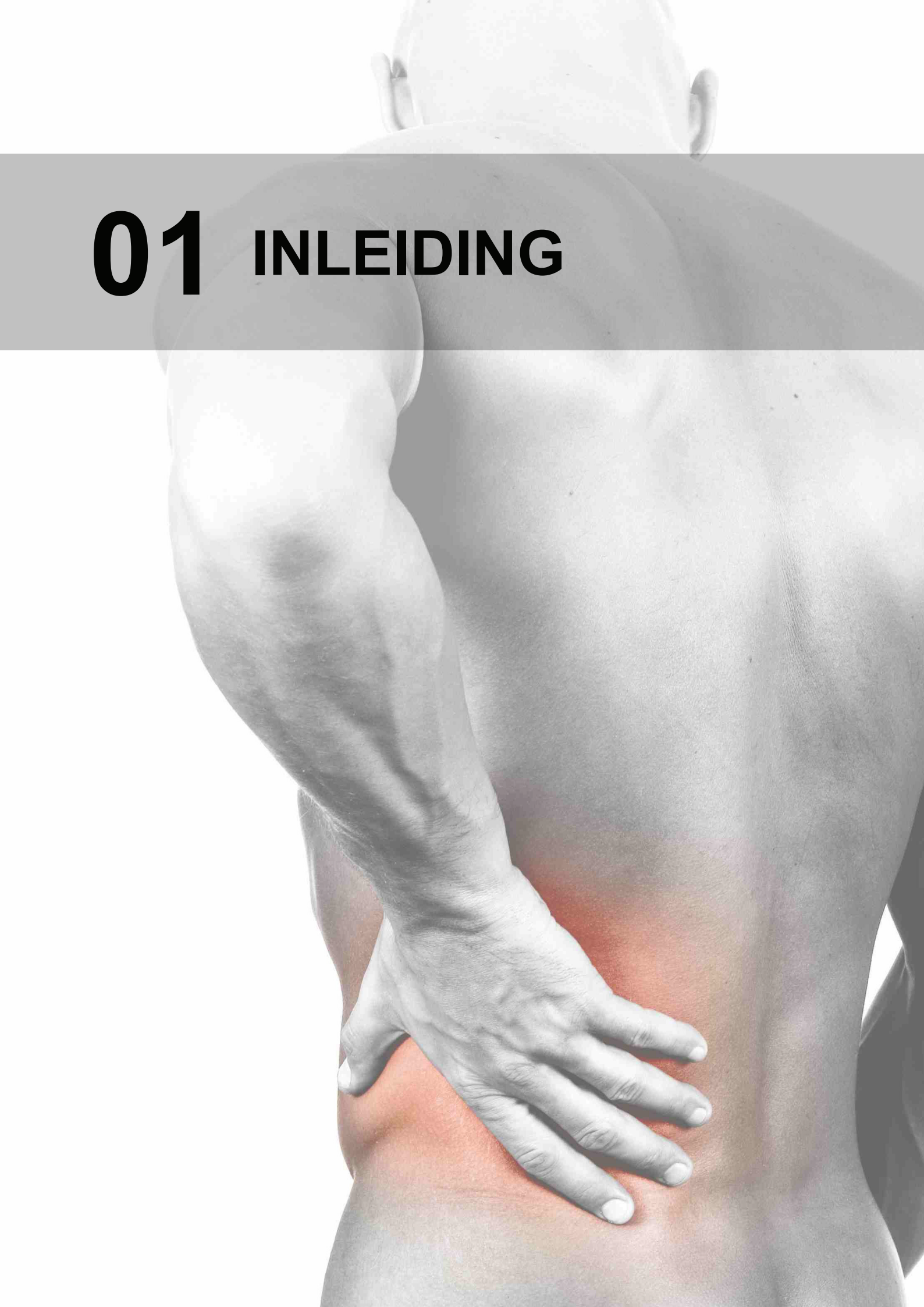
Results

After selecting the literature, 14 articles were included. Screening of these articles provided 19 relevant factors. Out of these 19 factors, 10 factors have been selected by physical therapists during a digital Delphi sub-study. These 10 factors, together with the results of the inventory in the practice, are used to construct a questionnaire. The screening questionnaire refers patients most accurately to to the relevant specialization. The screening questionnaire is tested on feasibility in 3 patients.

Conclusion

Based on 10 factors, selected from a systematic literature research and a Delphi sub-study, a screening questionnaire was developed. This questionnaire helps the physical therapists to adress patients most precisely to the relevant specialization. In this way, the patient receives the most appropriate care and it also helps to reduce costs. However, there are no values available for reliability, specificity and sensitivity. A follow-up study is recommended.

01 INLEIDING



De inleiding schetst een beeld van het onderwerp in deze scriptie, namelijk a-specifieke lage rugklachten. Daarnaast wordt ingegaan op een trend binnen de ontwikkeling van de zorg en hoe dit aan bod komt in dit onderzoek. Tevens wordt de hoofdvraagstelling gesteld en worden er subvragen beschreven.

1.1 A-specifieke lage rugklachten

A-specifieke lage rugklachten zijn klachten die frequent voorkomen en worden gedefinieerd als rugklachten in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien, waarbij geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar is. Deze rugpijn gaat al dan niet gepaard met uitstralende pijn naar één of beide benen. (1) De pijn wordt over het algemeen als diffuus en zeurend omschreven en gaat vaak gepaard met stijfheid, met name na rust. De klachten zijn meestal houdingsgerelateerd.

1.2 Prevalentie

60 tot 90% van de westerse bevolking maakt ten minste één keer in zijn/haar leven een periode door met a-specifieke lage rugpijn. (1) De prevalentie van a-specifieke lage rugklachten in Nederland bedraagt 38,5 per 1000 patiënten, waarbij vrouwen frequenter klachten hebben dan mannen; 3:1. De hoogste prevalentie van lage rugpijn werd gevonden in de leeftijdscategorie 40-80 jaar. (1) De klachten en beperkingen omtrent deze lage rugpijn neemt in de meeste gevallen binnen een periode van 4 weken weer af. Echter ontwikkelt 25 tot 50% van de patiënten chronische klachten in meer of mindere mate. De kans op herstel wordt bij deze patiëntencategorie hierdoor lager.

1.3 Diagnostiek

De diagnostiek is in het geval van lage rugklachten gericht op de ernst van pijn, het ziektegedrag van de patiënt en het functioneren op activiteiten en participatieniveau. Bij pijnklachten of andere symptomen die niet passen bij het normale klachtenpatroon, wordt nagegaan of er symptomen zijn die wijzen op een specifieke oorzaak van de rugpijn. Is dit niet aan de orde en zijn er dus geen specifieke oorzaken te wijzen voor de pijnklachten, dan wordt verondersteld dat er sprake is van a-specifieke lage rugklachten. (1)

A-specifieke lage rugklachten wordt onderverdeeld in 3 fasen op basis van duur van de klachten en aard van de beperkingen. Er wordt onderscheid gemaakt in acute lage rugpijn (duur 0-6 weken), subacute lage rugpijn (duur 7-12 weken) en chronische lage rugpijn (duur > 12 weken). (2)

1.4 Prognose

Meer dan 50% van de patiënten met a-specifieke lage rugklachten maakt een recidief door in het volgende jaar. (3) Patiënten die eenmaal een episode met rugpijn hebben meegemaakt hebben een kans van twee keer zo groot op recidiverende klachten dan patiënten die daarvoor pijnvrij waren. Dit zie je vooral terug in de chronische patiëntengroep. Hoe langer de klachten aanhouden des te slechter de herstellende prognose van de rugklachten. Dit uit zich voornamelijk in het werkverzuim. (2) Wadell beschrijft het ziekteverzuim op basis van de klachten. Binnen een week heeft 67% van de mensen hun werk hervat, na 1 maand is dit 84% en na 2 maanden 90%. Na 3 maanden stagneert deze toename van terugkeer in het werkveld. Wie dan nog verzuimt, heeft een grote kans

op langdurige of blijvende arbeidsongeschiktheid door rugklachten. (4)

De rugklachten veroorzaken veel ongemakken op het persoonlijk gebied en op het werk in de vorm van werkverzuim. Ongemakken in de vorm van pijnlijke bewegingen en activiteiten zorgen voor belemmering in het dagelijks leven. De afwezigheid op het werk zorgt uiteindelijk voor economisch verlies wat veel kosten met zich meebrengt. (5) Lage rugklachten horen bij de top 3 van meest gerapporteerde klachten wereldwijd. In goed ontwikkelde landen brengen lage rugklachten nog altijd groeiende kosten met zich mee voor de bevolking en de zorgverzekeraars. Deze kosten zijn zowel direct als indirect. (6) In Nederland worden de kosten, geassocieerd met lage rugklachten, geschat op 3,5 miljard euro per jaar. (7) De verhouding tussen directe en indirecte kosten van a-specifieke lage rugklachten bedraagt 12% voor directe kosten en 88% voor indirecte kosten. (8) Onder directe kosten worden de kosten verstaan die patiënten maken aan huisarts- en of fysiotherapeutbezoeken en aan eventuele medicijnen. Indirecte kosten zijn de kosten die worden gemaakt aan productie verlies en aan kosten in de maatschappij door morbiditeit. (8)

1.5 Ontwikkeling binnen de zorg

Effectieve en betaalbare behandelingen vinden die aansluiten op de klachten en tevens de kosten kunnen reduceren is een grote uitdaging voor onderzoekers. (9)
Een huidige trend binnen de gezondheidszorg is de vorm van gelaagde zorgverlening in de eerste lijn om voordelen van behandelingen te optimaliseren, kosten te reduceren en de gezondheidszorg zo efficiënt mogelijk te maken. Matched care modellen[1] zijn uit eerdere studies een effectieve benadering gebleken waarbij op klachtenpresentatie van de patiënt de meest geschikte zorg wordt geïntroduceerd. (10,11)

Er is meer begrip gekomen voor factoren die een relatie hebben met a-specifieke lage rug klachten. Dit heeft er voor gezorgd dat er in de afgelopen tijd verscheidene vragenlijsten zijn ontwikkeld met betrekking op de prognostische karakteristieken van deze klachten. (10) Belangrijke factoren voor deze vragenlijsten zijn onder andere; sociodemografische factoren, klinische factoren, psycho-sociale factoren en emoties en werkgerelateerde factoren. Een matched care model in de vorm van een screeningsinstrument of vragenlijst lijkt een effectieve manier om patiënten te screenen voor verschillende doeleinden. De doeleinden van deze screenings-instrumenten variëren echter. Veel bestaande vragenlijsten delen de patiënten op in subgroepen op basis van risicofactoren en koppelen hier een interventie aan. (12) Al zijn er ook vragenlijsten die patiënten gelijk indelen in een interventiegroep op basis van hun prognostische karakteristieken. (13) Een overzicht van deze bestaande instrumenten is te zien in tabel 1 en in de bijlagen worden de vragenlijsten volledig getoond.

Vragenlijst	Inclusie criteria	Exclusie criteria	Doeleinde	Validiteit Betrouwbaarheid
STarT Back Screening Tool. Hill et al 2011. (12)	>18 jaar. Lage rugklachten van elke duur. Met of zonder gerelateerde uitstralende klachten.	Invloedbare co morbiditeiten. Zwangere vrouwen. Patiënten met een operatie aan de wervelkolom <6 maand.	Categoriseren op basis van laag, medium of hoog risico. En welke behandeling hieraan gekoppeld is.	Sensitiviteit 80.1% Specificiteit 65.4% Betrouwbaarheid; Chronbach alpha 0.79
Delitto's vragenlijst. Apeldoorn et al. 2012 (13)	Leeftijd tussen 18-65 jaar. Met of zonder gerelateerde uitstralende klachten. Huidige episode is <6 weken.	Invloedbare co morbiditeiten. Psychische problemen. Erge radiculopathie.	Indelen van subgroepen m.b.t. specifieke behandelingen op basis van symptomen van patiënten.	Betrouwbaarheid; Chronbach alpha 0.76 Kappa coëfficiënt Overeenkomst inter/intra. 0.60.
CB-CFT. (Classification based cognitive functional therapy) O'Sullivan. 2005. (14)	Leeftijd 18-65 jaar. Lage rugpijn < 3 maanden. De pijn verergert en verlicht bij houding, bewegen en activiteiten.	Patiënten met een operatie aan de wervelkolom <3 maand. Zwangere vrouwen. Psychische problemen.	Vergelijken gedragsmatige aanpak met manuele therapie en oefentherapie. Bij patiënten waarbij bewegingsgedrag invloed heeft op de pijn.	Kappa coëfficiënt Overeenkomst inter/intra. 0.82

Tabel 1. Overzicht bestaande matched-care instrumenten.

[1] Matched care; Matched care staat voor het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de patiënt, zoals de ernst van de problematiek, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de patiënt. Belangrijk is dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling. (15)

Er zijn dus verschillende matched care vragenlijsten ontwikkeld die helpen de juiste behandeling voor te schrijven bij patiënten met a-specifieke lage rugklachten op basis van subgroepen. (12,13) Er is echter geen vragenlijst beschikbaar die beschrijft bij welke gespecialiseerde fysiotherapeut de patiënt direct de juiste interventie kan ontvangen. Op deze manier wordt de patiënt gelijk gekoppeld aan de juiste behandelaar, wordt de behandeling effectiever en worden algemene kosten gereduceerd.

Om patiënten met a-specifieke lage rugklachten vóór de intake door te verwijzen naar de juiste specialisatie die het meest relevant is voor de patiënt, zal op grond van literatuuronderzoek en

gesprekken met fysiotherapeuten een screeningsinstrument worden ontwikkeld.

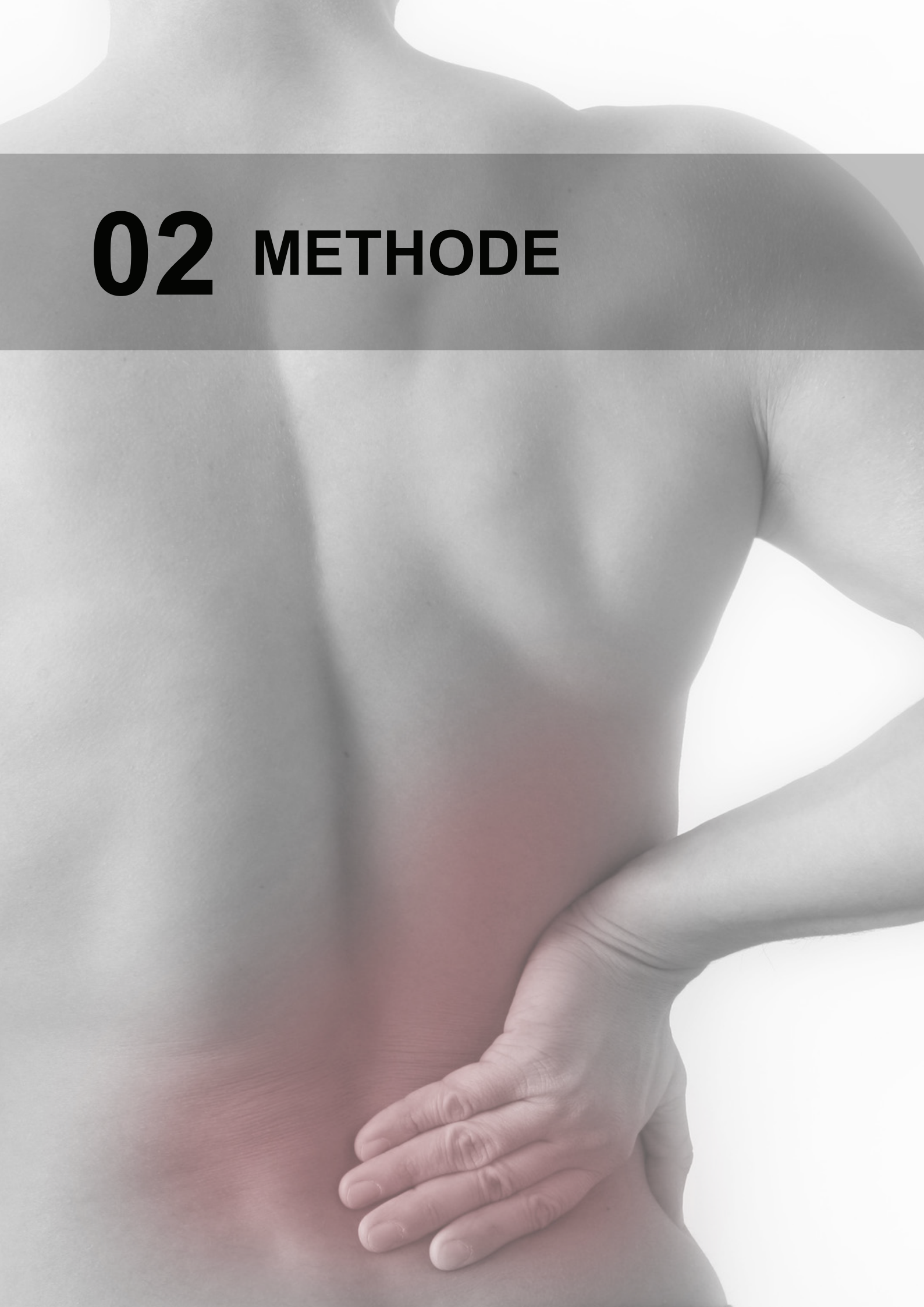
1.6 Vraagstellingen

De hoofdvraagstelling luidt: Welk matched care screenings instrument, op basis van prognostische factoren bij patiënten met a-specifieke lage rugklachten, is mogelijk om patiënten zo adequaat mogelijk door te verwijzen naar de aanwezige specialisaties binnen de Praktijk voor Fysio- en Manueeltherapie Kollum-Grijpskerk.

Sub-vragen;

- Wat zijn de meest relevante prognostische factoren bij a-specifieke lage rugklachten?
- Hoe sluiten de prognostische factoren aan bij de specialisaties binnen de Praktijk voor Fysio- en Manueeltherapie Kollum-Grijpskerk?

02 METHODE



In dit hoofdstuk wordt de methode verduidelijkt en wordt een beschrijving van het hele proces, dat binnen dit afstudeerproject is doorlopen, weergegeven.

2.1 Onderzoeksdesign

Deze studie kan worden getypeerd als een psychometrisch onderzoek. Doel is het ontwikkelen van een screeningsinstrument op basis van prognostische kenmerken voor a-specifieke lage rugklachten. Op basis van de PROGRESS methode voor prognostisch onderzoek kan deze studie getypeerd worden als een prognostisch model onderzoek. (16)

2.2 Informatie zoekstrategie

De zoekactie is gericht op vinden van literatuur met betrekking tot de twee sub vraagstellingen.

- Wat zijn de meest relavante prognostische factoren bij aspeciefieke lage rugklachten?
- Hoe sluiten deze prognostische factoren aan bij de specialisaties binnen de Praktijk voor Fysioherapie Kollum-Grijpskerk?

Hiervoor is in verschillende richtlijnen (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), en databanken, betreffende Medline, Pubmed, Cochrane, gezocht naar wetenschappelijke artikelen over prognostische factoren bij aspecifieke lage rugpijn. Daarnaast is ook via deze elektronische databanken informatie gezocht naar de bestaande vragenlijsten met betrekking op lage rugklachten in combinatie met het begrip ‘matched care’.

Tijdens het zoeken in de databanken is gebruik gemaakt van Engelse MESH termen te weten; (nonspecific) (low) back pain, low back ache, treatment, therapy, management, prognosis, prognostic factors, prognostic indicators, yellow flags, matched care, stratified (primary) care, stratified care model, screening tool. Booleaanse operatoren die bij het zoeken van data werden gebruikt, zijn ‘AND’ en ‘OR’.

2.3 Details zoekstrategie

‘’ Wat zijn de meeste relevante prognostische factoren bij aspecifieke lage rugklachten ‘’

("low back pain"[MeSH Terms] OR ("low"[All Fields] AND "back"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "low back pain"[All Fields]) OR ("low back pain"[MeSH Terms] OR ("low"[All Fields] AND "back"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "low back pain"[All Fields] OR "lumbago"[All Fields]) AND ("prognosis"[MeSH Terms] OR "prognosis"[All Fields] OR ("prognostic"[All Fields] AND "factors"[All Fields]) OR "prognostic factors"[All Fields])

Figuur 1. Zoekstrategie eerste sub vraag.

De flowchart van deze zoekstrategie is weergeven in figuur 2 in de bijlagen.

2.4 Inventarisatie specialisaties

Naast het gebruik van deze databanken is ook informatie verzameld bij specialisten binnen de fysiotherapie praktijk. Er heeft inventarisatie plaatsgevonden bij deze specialisten op hun eigen vakgebied, namelijk; Manueel therapie, Chronische pijntherapie, Bekkenbodemtherapie en Oefentherapie Cesar. Prognostische karakteristieken worden naar mening van specialisten uitgevraagd en tevens wordt in overleg de juiste behandeling gekoppeld aan deze prognostische karakteristieken.
Vragen die zijn gesteld aan de specialisten met betrekking tot de prognostische karakteristieken zijn;

- In welke fase van a-specifieke lage rugpijn bevinden patiënten zich veelal?
- Welk geslacht kom vaker voor onder de patiëntengroep?
- Wat zjin de typerende klachten bij deze patiënten
- Wat is de aard van deze typerende klachten?

2.5 Selectie criteria

Om het literatuuronderzoek enigszins te beperken is gebruik gemaakt van selectiecriteria met betrekking op het design van de literatuur en de populatie in de artikelen.

De inclusiecriteria voor het verzamelen van bruikbare artikelen waren; literatuur in de vorm van een Cohort onderzoek, (Systematic) Review of Meta-analyse. Artikelen die plaatsvinden in de 1e of 2e lijns fysiotherapie. Patiënten met a-specifieke lage rugklachten (acuut, subacuut en chronisch). Daarnaast is gefilterd op artikelen van de laatste 10 jaar en gezocht op Free Full Tekst.
Inclusiecriteria met betrekking tot de inventarisatie van de specialisten is dat de specialisten frequent patiënten met lage rugklachten onder behandeling hebben om representatief te zijn. Ten minste vijf patiënten onder behandeling per week is als criteria gesteld.
Artikelen met een patiëntencategorie jonger dan 18 jaar en artikelen die enkel risicofactoren noemen maar geen prognostische indicatoren presenteren voor a-specifieke lage rugpijn werden niet meegenomen in de selectie.

De abstract van de artikelen is zorgvuldig doorgelezen en gescreend op in- en exclusiecriteria. Wanneer dit echter niet duidelijk in de abstract werd beschreven is besloten de artikelen niet te includeren voor het onderzoek.

2.6 Constructie van het screeningsinstrument

De ontwikkeling van de screeningslijst bestaat uit verschillende stappen. Er wordt eerst antwoord gegeven op beide subvragen. Wanneer de subvragen volledig zijn uitgewerkt, kan de realisatie van het screeningsinstrument plaatsvinden.

Een literatuuronderzoek heeft plaatsgevonden naar de relevante prognostische factoren bij a-specifieke lage rugklachten. Van de uitkomsten uit de bruikbare literatuur is een tabel opgesteld. Verscheidene prognostische factoren worden gepresenteerd in deze tabel. Om echter te bepalen welke factoren het meest van belang zijn bij de realisatie van het screeningsinstrument, heeft een Delphi sub-studie plaatsgevonden.

De Delphi methode is toegepast om de relevantie van de gevonden prognostische factoren uit de artikelen in kaart te brengen. Een online enquête is opgesteld. In deze enquête worden de gevonden factoren beoordeeld op hun bruikbaarheid voor het opstellen van het instrument op basis van een Likert schaal (Niet belangrijk, Nauwelijks belangrijk, Redelijk belangrijk en Erg belangrijk). Deze enquête is door fysiotherapeuten mét en zonder expertise op het gebied van a-specifieke lage rugklachten ingevuld.

'' Hoe sluiten deze prognostische factoren aan bij de specialisaties binnen de Praktijk voor Fysiotherapie Kollum-Grijpskerk? ''

Er heeft een inventarisatie plaatsgevonden in de praktijk bij de specialisaties die worden geïncludeerd binnen dit onderzoek. Tijdens deze gesprekken met deze specialisaties worden tevens factoren besproken die relevant zijn voor die specifieke specialisatie.
Op basis van de factoren die vanuit de specialisaties worden benoemd, in combinatie met de factoren die uit de literatuurstudie worden gepresenteerd, wordt de screeningslijst opgesteld.
De vragen in het instrument zijn specifiek voor de geïncludeerde specialisaties. Op deze manier kan op basis van de gegeven antwoorden bepaald worden bij welke specialisatie de patiënt de meest gepaste zorg kan krijgen.

03 INVENTARISATIE

PRAKTIJK EN SPECIALISATIES

In dit hoofdstuk wordt de inventarisatie van de geïncludeerde specialisaties binnen de praktijk beschreven. Daarnaast worden aanbevelingen gegeven betreft vragen voor het te realiseren instrument.

Het ontwikkelen van een screenings instrument op basis van matched care wordt uitgevoerd in opdracht van Praktijk voor Fysio- en Manueeltherapie Kollum-Grijpskerk. De praktijk is een paramedisch centrum en beschikt over vrijwel alle fysiotherapeutische specialisaties. Niet alle aanwezige specialisaties worden geïncludeerd tijdens het onderzoek. In overleg met de praktijk is vastgesteld dat de specialisaties Manueel therapie, Chronische pijntherapie, Bekkenbodemtherapie en Oefentherapie Cesar worden betrokken bij de constructie van de screeningslijst.
Vanuit de praktijk is gebleken dat deze specialisaties de meest effectieve behandelingen bieden op het gebied van a-specifieke lage rugklachten. In een eerder afstudeeronderzoek binnen de praktijk gericht op a-specifieke lage rugklachten is onderzoek gedaan naar de meest effectieve behandeling voor deze klachten. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat oefentherapie (soms in combinatie met) en manueel therapie de meest effectieve vorm van behandeling blijkt. (17) Daarnaast werd vanuit de praktijk aangeraden tevens de specialisaties chronische pijn therapie en bekkenbodemtherapie mee te nemen omdat deze ook frequent worden ingeschakeld bij de behandeling van a-specifieke lage rugklachten.

Tabel 2 weergeeft de fasen van a-specifieke lage rugklachten met daarbij de gekoppelde profielen. Deze tabel komt uit de KNGF-richtlijn Lage rugpijn.(18)

Fase	Profiel	Kenmerk
Acute fase (< 6 weken)	Profiel 1A Profiel 1B	~ Normaal beloop ~ Afwijkend beloop
Subacute fase (6-12 weken)	Profiel 2A Profiel 2B	~ Afwijkend beloop; geen gele vlaggen ~ Afwijkend beloop; met gele vlaggen
Chronische fase (> 12 weken)	Profiel 3A	~ Adequate omgang met de klachten; hoge mate van zelfcontrole; adequate coping; afstemming belasting/ belastbaarheid; aangepaste participatie; episoden van toegenomen pijnklachten
	Profiel 3B	~ Inadequate omgang met de klachten; weinig tot geen zelfcontrole; geen adequate coping; geen afstemming belasting/belastbaarheid; verminderde participatie

Tabel 2. Overzicht a-specifieke lage rugklachten.

3.1 Manueel therapie

Lage rugpijn is vaak geassocieerd met verminderde spinale beweeglijkheid waardoor lumbale extensie frequent meer beperkt is dan lumbale flexie. Pijn en stijfheid zorgen voor deze beperking in lumbale extensie. Spinale mobilisaties en range of motion oefenstrategieën verbeteren de beweeglijkheid van de wervels. Manueel therapie wordt toegepast op basis van beoordeling van de actieve en passieve beweeglijkheid van de wervels. (19) Uitstralende pijn en /of klachten (tintelin-

gen, doofheid) naar het been is meest waarschijnlijk een oorzaak van segmentale mobiliteitsstoornis. Deze klachten komen veelal voor in de (sub) acute fase en manueel therapie kan hier bij helpen.

Manueel therapie in enge zin richt zich op diagnostiek en behandeling van stoornissen en beperkingen die aanwezig zijn in de wervelkolom en gewrichten door het teweegbrengen van articulaire bewegingen. Hiernaast wordt het geven van de daarbij behorende informatie, specifieke oefentherapie en zelfstandig oefenen sterk aangeraden. Behandeling met manuele therapie in enge zin is geïnduceerd voor patiënten met lage rugklachten met een afwijkend beloop in de (sub)acute fase (profiel 1b en 2a) en bij patiënten in de chronische fase tijdens een exacerbatie van klachten (profiel 3a). (18) Op basis van tabel 3 zien we dat manuele therapie wordt toegepast bij a-specifieke lage rugklachten wanneer er een afwijkend beloop van de klachten aanwezig is. Van een afwijkend beloop is sprake als de klachten binnen drie weken na aanvang niet afnemen, de stoornissen in de functies van het bewegingssysteem niet verminderen en de beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en de participatieproblemen nog aanwezig zijn. (18)

Manuele mobilisaties en manipulaties in de wervelkolom zijn wereldwijd veel gebruikte behandelingen bij patiënten met lage rugpijn. (20) Ook bij de praktijk is dit aan de orde. Er wordt veel gewerkt via spinale mobilisaties volgens Maitland en volgens Mulligan's mobilisaties met beweging. Spinale mobilisaties volgens Maitland worden het meest frequent toegepast in de vorm van postero-anterior mobilisaties (PA's). Postero-anteriore centrale druk op de wervel wordt gebruikt als behandeling voor pijn. Deze druk wordt gelijkmatig verdeeld aan beide zijden van de lumbale wervelkolom. (19)
Mulligan's mobilisaties met beweging worden toegepast in de vorm van natural apophyseal glides (NAG's) en sustained natural apophyseal glides (SNAG's). Deze behandeling is gericht op de passieve mobilisatie in combinatie met het actief bewegen van de aangegeven pijnlijke beweging. Voorwaarde is dat de bewegingen 100% pijnvrij worden uitgevoerd. (21)

Aanbeveling mee te nemen in het screeningsinstrument;

- Is er sprake van uitstralende pijn naar één been of beide benen?
- Lumbale mobiliteitsproblematiek
- Een duidelijke oorzaak; bijvoorbeeld: is er een trauma geweest, ingeschoten pijn

---

3.2 Chronische pijntherapie

A-specifieke lage rugklachten worden tegenwoordig niet meer alleen geassocieerd met fysieke klachten. Ook psychische klachten gaan steeds vaker een rol spelen. Dit zien we vooral terug in de patiëntencategorie chronische lage rugklachten. Psychosociale factoren (depressie, stress, werk gerelateerde problemen en bewegingsangst) zijn voorspellend voor recidiverende rugklachten en langere perioden van pijn en tot onvermogen in bewegingsvrijheid. (22) Sensitisatie van het geleidingssysteem zien we frequent terug bij veel chronische lage rugpijn patiënten. Patiënten belanden hierdoor in een vicieuze cirkel.

1. Door pijn verminderde activiteit lijdt in de tijd tot steeds eerder pijn →
2. Dit lijdt weer tot verminderde activiteit →
3. Kan gevoelens van angst, depressie en low mood oproepen →
4. Dit geeft daling van de endorfine, deze stof geeft teven pijnvermindering →

Figuur 3. Vicieuze cirkel sensitisatie uit het Chronisch pijnprogramma van G. Bosma-Winters.

De behandeling van psychosociale risicofactoren wordt steeds meer aangeraden en dit zien we ook terug in de praktijk. (23) Behandeling vindt plaats middels het Chronisch pijn programma dat wordt gebruikt in de praktijk Kollum-Grijpskerk. Dit pijnprogramma is door de behandeld fysiotherapeut G. Bosma-Winters in 2002 opgesteld. Na een proefperiode binnen de praktijk blijkt het programma zeer effectief voor de fysiotherapeut en patient en inmiddels wordt het zeer frequent toegepast. Het chronisch pijnprogramma wordt uitgevoerd door de fysiotherapeut in combinatie met een psycholoog. Hoofdpijlers tijdens deze therapie zijn het verduidelijken van sensitisatie van het geleidingssysteem in ons lichaam en het aanleren van ontspannings-oefeningen en deze leren toepassen in het dagelijkse leven. Doel van het programma is dat er een vermindering van sensitisatie plaatsvindt, dat er reductie is van stress en dat de cognities met betrekking tot pijnbeleving verbeterd worden. Op deze manier wordt de vicieuze cirkel doorbroken. Training middels kinetic control en graded activitiy zorgt ervoor dat mensen bewust worden van de oorzaak van het minder bewegen door de chronische pijn. Training met als doel bewustwording van pijn en het hier mee omgaan is de sleutel tot succes in deze therapie. (9)

Aanbeveling mee te nemen in het screeningsinstrument;

- Zijn er gele vlaggen aanwezig? (Bijv. stress en depressie)
- Er is geen sprake van een nociceptieve bron
- Angst om te bewegen

3.3 Bekkenbodemtherapie

A-specifieke lage rugpijn wordt na intake en screening ook gezien als gevolg van onderliggende problemen in het bekkengebied. Deze rugpijn komt veelvuldig voor bij vrouwen tijdens en na de zwangerschap en vrouwen in de overgang. Klachten in en rond de bekkengordel wordt beschreven als; pijn tussen de achterzijde van de crista iliaca en de gluteale plooi met name in nabijheid van de sacro-iliacale gewrichten. Deze pijn kan uitstralen naar de dij en eventueel in verband staan met pijn rond de symphysis pubis.(25) Factoren voor deze pijn zijn vaak aanwijsbaar uit houdingsverandering, laxiteit van ligamenten tussen gewrichten (tijdens zwangerschap en post partum) en vasthouden van vocht binnen bindweefsels. (26)
Klachten aan de bekkenbodem staan veelvuldig in verband met problemen aan de lage rug, buik of bovenbenen. Er is sprake van een ketenprobleem. De grootste schakel tussen rugklachten en de bekkenbodem is de m. Piriformis. De m. Piriformis is een onderdeel van de bekkenbodemspieren en zorgt mede voor stabiliteit van de lage rug. Wanneer deze spier is aangespannen zijn de overige bekkenbodemspieren dit veelal ook. Mogelijke triggerpoints in deze spier zorgen voor klachten in de bekkenbodem maar tevens voor reffered pain in de lage rug en uitstraling naar benen (tot aan de knie). Daarnaast is een andere mogelijke oorzaak van lage rugklachten de laxiteit van het bindweefsel in de bekkenbodem. Wanneer het bindweefsel niet voldoende stabiliteit biedt nemen de omliggende spieren dit over. Naast hun oorspronkelijke taak krijgen deze spieren ook stabilisatie taken erbij waardoor overbelasting optreedt.
Behandeling voor problemen aan de bekkenbodemklachten in combinatie met lage rugklachten bestaat voornamelijk uit controle krijgen over de bekkenbodem. Wanneer er voldoende controle is in de bekkenbodemspieren, zullen de klachten in de keten verminderen. Controle krijgen over de bekkenbodemspieren vergt veel aandacht waarbij de functie van de bekkenbodem verbeterd in aan- en ontspanning van de spieren. Ook juiste ademhaling is hierbij erg van belang.
Lumbale spieren hoeven de instabiliteit van de bekkenbodem niet meer op te vangen waardoor ze niet overbelast raken.

Ook triggerpoint behandeling komt voor, triggerpoints zorgen voor reffered pain en kunnen erg belemmerend zijn. Wanneer de bekkenbodemspieren ontspannen zijn zal er geen reffered pain in de lage rug meer optreden.

Aanbeveling mee te nemen in het screeningsinstrument;

- Zwangerschap of tot 1 jaar postpartum gerelateerde pijnklachten
- Is er sprake van ongewild urineverlies en/of obstipatie problemen

---

3.4 Oefentherapie Cesar

A-specifieke lage rugklachten kunnen ook gerelateerd zijn aan een onjuiste lichaamshouding. Oefentherapie Cesar richt zich op het hertstellen en/of verbeteren van de lichaamshouding en lichaamsbeweging. Dit wordt gedaan door een individueel leerproces waarin de patiënt erg actief is. Patiënten onder behandeling bij de Cesar therapeut komen hier veelal vanwege recidiverende klachten. Bij deze patiënten is het van belang dat er aandacht wordt besteed aan de oorzaken die ten grondslag kunnen liggen van deze recidiverende pijn. Werk gerelateerde veranderingen als werkdruk en/of –last zijn erg belangrijk, mede als de duur van de pijnepisoden, therapietrouwheid en eventuele ergonomische aanpassingen. De Cesar therapeut kan hier de behandeling op baseren en gerichte adviezen geven betreft het verminderen van de klachten. (27)

Uitgangspunt van oefentherapie Cesar beschrijft dat voor elke fundamentele houding en beweging een optimale uitvoeringswijze bestaat. (28) De therapeut is erg consequent op oefeningen die voor bewustwording zorgt bij de patiënt. Bewustwording van spier aan- en ontspanning en houding is erg belangrijk tijdens oefentherapie. De patiënten gaan, naar mate de oefentherapie vordert, gedragsmatig veranderen ten aanzien van hun houding.
Oefeningen worden gesplitst zodat de aandacht eerst volledig naar de eerste stap gaat voordat de volgende wordt toegevoegd. Observatie van de eigen houding en het bewegen is erg belangrijk. Spiegels helpen de patiënt hierbij om inzicht te krijgen in de houding en het bewegen.

Aanbeveling mee te nemen in het screeningsinstrument;

- Recidiverende klachten (meerdere malen per 3 jaar)
- Veelvuldig veranderen van houding door klachten
- Problemen op activiteiten- en participatieniveau

In de onderstaande tabel wordt weergeven welke fase van a-specifieke lage rugklachten wordt behandelend door welke specialisatie.

Specialisatie	Fase	Profiel
Manueel Therapie	Acuut Subacuut Chronisch	~ Profiel 1B. Afwijkend beloop ~ Profiel 2A. Afwijkend beloop; geen gele vlaggen ~ Profiel 3A. Adequate omgang met de klachten; hoge mate van zelfcontrole; adequate coping; afstemming belasting/belastbaarheid; aangepaste participatie; episoden van toegenomen pijnklachten

Chronische pijn therapie/ psychosomatiek	Subacuut Chronisch	~ Profiel 2B. Afwijkend beloop; met gele vlaggen ~ Profiel 3B. Inadequate omgang met de klachten; weinig tot geen zelfcontrole; geen adequate coping; geen afstemming belasting/belastbaarheid; verminderde participatie
Bekkenbodem Therapie	Subacuut Chronisch	~ Profiel 2A. Afwijkend beloop; geen gele vlaggen ~ Profiel 3A. Adequate omgang met de klachten; hoge mate van zelfcontrole; adequate coping; afstemming belasting/belastbaarheid; aangepaste participatie; episoden van toegenomen pijnklachten
Cesar Oefentherapie	Acuut Subacuut Chronisch	~ Profiel 1B. Afwijkend beloop ~ Profiel 2A. Afwijkend beloop; geen gele vlaggen ~ Profiel 3B. Inadequate omgang met de klachten; weinig tot geen zelfcontrole; geen adequate coping; geen afstemming belasting/belastbaarheid; verminderde participatie

Tabel 3. Specialisaties met bijbehorende fasen van a-specifieke lage rugklachten.

04 RESULTATEN

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het literatuuronderzoek vermeld. Er wordt eerst ingegaan op de directe resultaten van de literatuurstudie. Aansluitend volgen de uitkomsten met betrekking tot de sub vraagstellingen.

4.1 Literatuurstudie

Een breed scala aan literatuur werd geanalyseerd op grond van een systematische review van artikelen uit de verschillende databanken. Op grond van de gehanteerde selectiecriteria zijn 14 studies gebruikt voor de selectie van prognostische factoren bij a-specifieke lage rugklachten (tabel 4 in de bijlagen).

Tabel 4 is geconstrueerd om een beter inzicht te krijgen in de resultaten in de gevonden literatuur. In de tabel staat de betreffende studie vermeld met hierbij de verrichtingen in het artikel en daarnaast de prognostische factoren die als relevant worden ervaren voor dit onderzoek.

Om de meest genoemde prognostische factoren per categorie te selecteren zijn alleen de factoren mee genomen die in minstens 4 studies worden benoemd. In tabel 5 worden deze meest genoemde 19 prognostische factoren voor a-specifiek lage rugklachten, geordend naar 6 categorieën, beschreven. Met behulp van dit overzicht kan er antwoord worden gegeven op de vraag wat de meest genoemde prognostische factoren bij a-specifieke lage rugpijn zijn.

Categorie	Aantal	Factoren
Sociodemografische factoren	4	- Leeftijd - Geslacht - Niveau van scholing - Burgerlijke staat
Psychosociale factoren	4	- Depressie - Fear Avoidance Beliefs (pijngerelateerde angst) - Catastroferende gedachten - Angst om te bewegen
Klinische factoren	5	- Duur huidige pijnepisode - Pijnintensiteit - Soort pijn - Pijn naar één of beide benen - BMI
Werkgerelateerde factoren	3	- Werkstatus (werknemer, werkgever, zzp'er) - Reden ziekteverzuim - Verwachtingen m.b.t terugkeer naar werk
Factoren betreffende leefstijl	1	- Roken
Factoren betreffende functiestoornissen	2	- ADL activiteiten - Mobiliteit LWK
Totaal	19	19

Tabel 5. Geselecteerde prognostische factoren bij a-specifieke lage rugklachten.

4.2 Delphi sub-studie

Om vraagstelling 1 te beantwoorden is aan fysiotherapeuten een digitale vragenlijst voorgelegd. In deze enquête worden de factoren per categorie getoond en aan de fysiotherapeuten is gevraagd aan te geven welke factoren het meest relevant zijn voor het screeningsinstrument.
In bijlage 6 is de digitale vragenlijst opgenomen.

De online enquête is door 10 fysiotherapeuten ingevuld. Alleen de factoren die door minstens 75% van de gebruikers is aangegeven als 'redelijk belangrijk' en/of 'erg belangrijk' worden meegenomen bij de ontwikkeling van het screeningsinstrument. Een overzicht van de uitkomsten zijn in de onderstaande tabel weergeven.

Factor	Niet belangrijk	Nauwelijks belangrijk	Redelijk belangrijk	Erg belangrijk	Bruikbaar
Leeftijd	0 %	0 %	60 %	40 %	Ja
Geslacht	10 %	40 %	50 %	0 %	Nee
Niveau scholing	0 %	40 %	50 %	10 %	Nee
Burgerlijke staat	50 %	30 %	20 %	0 %	Nee
Depressie	0 %	0 %	30 %	70 %	Ja
Fear Avoidance Beliefs (pijngerelateerde angst)	0 %	0 %	20 %	80 %	Ja
Catastroferende gedachten	0 %	20 %	40 %	40 %	Ja
Angst om te bewegen	0 %	10 %	10 %	80 %	Ja
Duur huidige pijnepisode	0 %	10 %	50 %	40 %	Ja
Pijn intensiteit	0 %	0 %	80 %	20 %	Ja
Soort pijn	0 %	30 %	50 %	20 %	Nee
Pijn naar 1 of beide benen	0 %	10 %	40 %	50 %	Ja
BMI	10 %	40 %	40 %	10 %	Nee
Werkstatus	20 %	30 %	30 %	20 %	Nee
Reden ziekteverzuim	0 %	40 %	40%	20%	Nee
Verwachtingen terugkeer werk	0 %	0 %	80 %	20 %	Ja
Roken	50 %	40 %	0 %	10 %	Nee
ADL activiteiten	0 %	20 %	50 %	30 %	Ja
Mobiliteit LWK	0 %	40 %	30 %	30 %	Nee

Tabel 6. Overzicht uitkomsten online enquête.

Uit tabel 6 komen 10 factoren naar voren die door de ondervraagde fysiotherapeuten als redelijk en/of erg belangrijk worden ervaren bij de ontwikkeling van het screeningsinstrument. De factoren leeftijd, depressie, fear avoidance beliefs, catastroferende gedachten, angst om te bewegen, duur huidige pijnepisode, pijnintensiteit, pijn naar 1 of beide benen, verwachtingen m.b.t terugkeer naar het werk en de ADL activiteiten worden meegenomen bij de realisatie. Deze factoren worden in het screeningsinstrument als volgt gekoppeld aan de geïncludeerde specialisaties;

Manueel therapie:	Duur van huidige pijnepisode | Pijn naar 1 of beide benen | Pijnintensiteit
Chronische pijn therapie:	Depressie | Fear Avoidance Beliefs | Catastroferende gedachten | Angst om te bewegen | Duur van huidige pijnepisode
Cesar oefentherapie:	Verwachtingen m.b.t terugkeer naar het werk | ADL activiteiten

De prognostische factor leeftijd wordt als een neutrale factor beschouwd en is niet aan één bepaalde specialisatie gekoppeld. Daarom is besloten deze factor niet mee te nemen in het screeningsinstrument. De factoren depressie en catastroferende gedachten zijn samengevoegd tot 1 vraag. Dit gledt tevens voor fear-avoidance beliefs en angst om te bewegen.
Uit de literatuurstudie zijn geen prognostische factoren gekomen die in relatie staan met de specialisatie bekkenbodemtherapie. Deze deskundigheid wordt binnen de praktijk desondanks ingeschakeld bij deze klachten en tijdens de inventarisatie binnen de praktijk is de specialisatie als erg belangrijk benadrukt als behandeling van a-specifieke lage rugklachten.
Daarom is besloten ook twee factoren mee te nemen die door de behandelend bekkenfysiotherapeut als relevant worden ervaren bij de screening, te weten;

Bekkenbodemfysiotherapie:	Zwangerschap | Problemen met ontlasting/urine

Op basis van deze 12 factoren is het screeningsinstrument opgesteld. De factoren zijn verwerkt in de 10-item MAWI schaal. De definitieve vragenlijst is te zien in bijlage 7.

4.3 Score model

Doordat de factoren zijn gekoppeld aan de specialisaties binnen de praktijk kan op basis van een routering worden bepaald naar welke specialisatie de patiënt wordt verwezen op basis van zijn/haar antwoorden. Op deze manier kan zorgvuldig en snel worden bepaald welke specialisatie ingezet moet worden. Voor elk vakgebied is een routering bepaald, voortgekomen uit de specifieke vragen die gekoppeld zijn aan deze specialisatie. Een overzicht van deze routeringen met betrekking tot de geïncludeerde specialisaties is te zien in bijlage 8.

In bijlage 9 wordt een instructieprotocol getoond met betrekking tot het instrument. In deze toelichting wordt onder andere ingegaan op het doel, de hanteerbaarheid en de interpretatie van het screeningsinstrument. Deze toelichting is bedoeld voor de medewerkers binnen de praktijk die het instrument voorleggen aan de patiënten. Via deze toelichting krijgen ze meer inzicht over het instrument en hoe ze deze kunnen interpreteren.

4.4 Feasibility onderzoek

Er heeft een kleinschalig feasibility onderzoek plaatsgevonden binnen de praktijk naar het gebruik van het screeningsinstrument. Bij drie patiënten die de praktijk hebben benaderd is het screeningsinstrument afgenomen. In de onderstaande tabel zijn de gegevens van die patiënten te zien met daarnaast de uitkomsten en de routering ten aanzien van het ingevulde screeningsinstrument.

Bij patiënt 1 en 2 is duidelijk te zien dat er sprake is van een homogene routering. Naast de dominante score voor de specialisatie zijn de overige geselecteerde antwoorden voor die specialisatie ook positief beantwoord. In deze gevallen is te zien dat het screeningsinstrument duidelijk discrimineert. Bij patiënt 3 is geen sprake van een homogene routering. In dit geval is de dominante vraag positief beantwoord maar zijn 2 van de 3 overige vragen positief beantwoord. Dit zorgt er voor dat de patiënt desondanks wél door wordt verwezen naar de specialisatie, omdat de dominante vraag positief is beantwoord met daarnaast minstens 1 ander positief antwoord, maar er sprake is van een heterogene routering.

	Geslacht	Leeftijd	Routering	Behandelmethode
Patiënt 1	Vrouw	47	- Geen positieve antwoorden op vraag 1 en 2 - Startvraag 3; 2. Soms - Vraag 6; Nee - Geen positieve antwoorden voor chronische pijn therapie op vraag 5, 7 en 8 - Vraag 9; 3. >3 keer - Vraag 10; 3. vaak Einde screening	Cesar oefentherapie
Patiënt 2	Man	63	- Geen positieve antwoorden op vraag 1 en 2 - Startvraag 3; 3. Vaak - Vraag 4; 3. Enigszins - Vraag 5; 2. 4-12 weken - Vraag 6; Ja Einde screening	Manueel therapie
Patiënt 3	Vrouw	28	- Geen positieve antwoorden op vraag 1 en 2 - Startvraag 3; 2. Soms - Vraag 6; Nee - Vraag 5; 2. 4-12 weken - Vraag 7; 3. vaak - Vraag 8; 3. Vaak Einde screening	Chronische pijntherapie

Tabel 7. Resultaten feasibility onderzoek.

Tevens is de patiënten gevraagd de vragenlijst te beoordelen op leesbaarheid, begrijpelijkheid en hanteerbaarheid. Gevraagd wordt een score te geven van 1 tot 4 waarbij 1= slecht, 2= matig, 3= goed, 4= zeer goed.
Dit is ook gevraagd aan de medewerkers binnen de praktijk, zie alsvolgt;

	Patiënt 1	Patiënt 2	Patiënt 3	Medewerker 1	Medewerker 2	Medewerker 3
Leesbaarheid	3	4	4	4	3	4
Begrijpelijkheid	2	3	3	3	3	3
Hanteerbaar-heid	3	4	3	4	3	3

Tabel 8. Overzicht scores vragenlijst door patiënten en medewerkers.

Patiënt 1;

'De vragenlijst is niet te lang, dat maakt het prettiger om hem in te vullen. Daarnaast zijn de vragen overzichtelijk en goed te begrijpen. Enigste puntje gaat over vraag 4; wordt met werkzaamheden bedoeld de werkzaamheden in huis of op mijn baan? Verder een prima vragenlijst.'

Patiënt 2;

'Duidelijke vragenlijst. Ik vind het fijn dat de vragenlijst bepaald bij welke passende specialisatie ik terecht kan. Dit zorgt ervoor dat ik de beste zorg krijg en dat voelt erg geruststellend.'

Patiënt 3;

'De vragenlijst leest erg prettig en je gaat er snel doorheen. Fijn dat er niet al te moeilijke woorden in staan zodat iedereen het kan begrijpen. Alleen de directe aanleiding uit vraag 6 is nog lastig te interpreteren. Iedereen kan dit op zijn/haar manier invullen.'

Medewerker 1;

'Fijne vragenlijst. Hij ziet er duidelijk uit en ik verwacht dat patiënten hem tevens goed lees baar vinden. Ik ben erg benieuwd naar de werking van het instrument binnen de praktijk, of hij ons echt gaat helpen bij het doorverwijzen van patiënten'

Medewerker 2;

'De vragenlijst is duidelijk en schetst een goed beeld over de specialisaties. Ik vraag me echter af hoe we hem het beste kunnen implementeren bij de patiënten. Bijvoorbeeld telefonisch of online. Deze zorg is echter voor later, voor nu; een goede vragenlijst!'

Medewerker 3;

'Mooie vragenlijst. Ik ben blij dat we nu een duidelijk instrument hebben in de praktijk die ons kan helpen bij het verwijzen van patiënten naar de juiste specialist. Dit werkt voor ons prettig maar ook voor de patiënten.'

4.5 Afname screeningsinstrument

De afname van het screeningsinstrument zal online plaatsvinden. Hier is, in overleg met de praktijk, voor gekozen om op deze manier de patiënt vooraf te screenen. Op deze manier kan na de screening direct een afspraak worden gepland bij de juiste specialist. Op het moment dat de patiënt een bezoek brengt aan de praktijk krijgt hij/zij dus de meest adequate zorg aangeboden. Op deze manier wordt er matched care gewerkt; de patiënt wordt gekoppeld aan de juiste behandelaar, de behandeling wordt effectiever en algemene kosten worden zo gereduceerd.

Er is een afweging gemaakt tussen het online versturen van de vragenlijst naar de patiënten, het telefonisch afnemen van de screening en het afnemen van de vragenlijst bij een 1e afspraak. Wanneer het screeningsinstrument telefonisch zal worden afgenomen, gebeurd dit door de administratief medewerkster. Omdat de screening echter enkele vragen bevat die erg persoonlijk zijn, is besloten om de administratief medewerkster hier niet mee te belasten. Daarnaast wordt verwacht dat patiënten deze vragen liever niet telefonisch bespreken maar individueel invullen.

Ten tweede is in overweging genomen om het screeningsinstrument af te nemen bij een eerste afspraak. Deze afspraak kan echter nog bij elke fysiotherapeut binnen de praktijk zijn. Wanneer uit de screening blijkt dat de patiënt zijn of haar zorg bij een specialist binnen de praktijk effectiever kan ontvangen, moet deze alsnog veranderen van therapeut. Dit is juist wat voorkomen dient te worden met het screeningsinstrument. Daarom is besloten deze manier van ondervragen uit te sluiten.

05 DISCUSSIE

De discussie schetst een kort overzicht van de vraagstelling en brengt daarna de resultaten van het onderzoek in kaart. Er wordt een kritische beschouwing op de resultaten en de wijze van werken binnen het onderzoek gegeven.

In deze afstudeeropdracht is een Matched care screenings instrument op basis van prognostische factoren bij patiënten met a-specifieke lage rugklachten ontwikkeld waarmee patiënten zo adequaat mogelijk door verwezen kunnen worden naar de aanwezige specialisaties binnen de Praktijk voor Fysio- en Manueeltherapie Kollum-Grijpskerk.

Op grond van een systematisch literatuuronderzoek, waarmee 14 relevante artikelen zijn verzameld, zijn 10 prognostische factoren geselecteerd die als basis dienen voor het screeningsinstrument bij het doorverwijzen van patiënten met a-specifieke lage rugklachten. Vervolgens zijn deze prognostische kenmerken ter beoordeling op hun relevantie voorgelegd aan een panel fysiotherapeuten. Hiervoor is een delphi sub-studie uitgevoerd met behulp van een digitale enquête met een Likertformat met 4 antwoordmogelijkheden ('niet belangrijk', 'nauwelijks belangrijk', 'redelijk belangrijk' en 'erg belangrijk'.

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de geselecteerde prognostische factoren uit de literatuur, de beoordeling op relevantie van het panel van 10 fysiotherapeuten en de definitieve factoren die geselecteerd zijn voor het instrument.

Prognostische factoren*	Beoordeling fysiotherapeuten **	Definitieve screeningsinstrument
Leeftijd	Leeftijd 100%	Leeftijd ***
Geslacht		
Niveau scholing		
Burgerlijke staat		
Depressie	Depressie 100%	Depressie
Fear Avoidance Beliefs (pijngerelateerde angst)	Fear Avoidance Beliefs 100% (pijngerelateerde angst)	Fear Avoidance Beliefs (pijngerelateerde angst)
Catastroferende gedachten	Catastroferende gedachten 80%	Catastroferende gedachten
Angst om te bewegen	Angst om te bewegen 90%	Angst om te bewegen
Duur huidige pijnepisode	Duur huidige pijnepisode 90%	Duur huidige pijnepisode
Pijn intensiteit	Pijn intensiteit 100%	Pijn intensiteit
Soort pijn		
Pijn naar 1 of beide benen	Pijn naar 1 of beide benen 90%	Pijn naar 1 of beide benen
BMI		

Werkstatus		
Reden ziekteverzuim		
Verwachtingen terugkeer werk	Verwachtingen terugkeer 100% werk	Verwachtingen terugkeer werk
Roken		
ADL activiteiten	ADL activiteiten 80%	ADL activiteiten
Mobiliteit LWK		
		Zwangerschap
		Problemen met ontlasting/ urine

Tabel 9. Totstandkoming definitief screeningsinstrument.

* Gebaseerd op een selectie van 14 artikelen. Inclusiecriterium was dat een prognostische factor tenminste in 4 artikelen genoemd diende te worden.

** Met behulp van een Delphi sub-studie zijn de prognostische factoren beoordeeld door een panel van fysiotherapeuten. De factoren die door minstens 75% van de respondenten als redelijk belangrijk en/of erg belangrijk wordt ervaren worden meegenomen naar het screeningsinstrument.

*** De factor leeftijd wordt als een neutrale factor beschouwd en niet aan één bepaalde specialisatie gekoppeld. Daarom is besloten deze factor niet mee te nemen in het screeningsinstrument.

Bij de constructie van het screeningsinstrument zijn een aantal afwegingen gemaakt die om een kritische reflectie vragen.
In de eerste plaats is het selectiecriterium om prognostische factoren, die tenminste in vier artikelen genoemd worden, te selecteren een willekeurige keuze van de onderzoeker. De keuze is om pragmatische redenen gemaakt, omdat er geen criteria vastgesteld zijn om deze keuze te maken.
Ten tweede is het aantal fysiotherapeuten dat heeft deelgenomen aan de delphi studie beperkt. Het beperkte aantal respondenten kan invloed hebben op de representativiteit van het oordeel van dit panel. In de derde plaats is de keuze om factoren in de screeningslijst op te nemen, die door minstens 75% van de respondenten als redelijk belangrijk en/of erg belangrijk wordt ervaren, willekeurig gekozen. In de literatuur zijn geen criteria beschikbaar voor het selecteren van factoren.
Ten vierde wordt in de literatuur niet ingegaan op factoren met betrekking tot bekkenproblematiek. De keuze om de bekkenbodemtherapie wel mee te nemen in het screeningsinstrument komt voort uit de aanwezigheid van patiënten in de praktijk met lage rugklachten die gerelateerd zijn aan bekkenproblematiek en hier voor behandeld worden.
Tot slot moet worden vermeld dat Cesar therapie geen masterspecialisatie binnen de fysiotherapie, maar een paramedische behandelmethode gericht op oefentherapie is. Deze methode van behandelen wordt binnen de praktijk frequent ingezet en daarom is deze tevens

meegenomen bij de realisatie van het instrument.

Overig discussiepunt met betrekking tot de specialisatie Cesar oefentherapie gaat over het feit dat mensen wellicht niet open staan voor oefentherapie. Wanneer uit de screening komt dat patiënten doorverwezen moeten worden naar de oefentherapeut, maar ze dit niet willen in verband met een externe locus of control, dan werkt het instrument niet voldoende. Geacht wordt dat betreffende patiënt hier wel voor open staat.

Het screeningsinstrument is specifiek ontwikkeld voor de praktijk voor Fysio- en Manueeltherapie Kollum-Grijpskerk. Dit zorgt ervoor dat hij niet generiek is en niet toepasbaar is in elke willekeurige 1e lijns praktijk. Hij kan echter wel gebruikt worden in andere praktijken. In het geval van een uitkomst (specialisatie) die niet aanwezig is in de betreffende praktijk, dient overwogen te worden de patiënt te verwijzen naar een andere praktijk.
Het maakt het instrument uniek in meerdere opzichten. Ten eerste omdat het zoals bovengenoemd expliciet is ontwikkeld voor de praktijk. Ten tweede omdat het specifieke aandacht aan de bekkenbodemtherapie besteed en ten slot omdat er naast factoren uit de literatuur ook factoren worden geïncludeerd die als relevant worden ervaren vanuit het praktijkonderzoek.

Door de beperkte tijd voor het afstudeeronderzoek is geen tijd geweest voor uitvoerig onderzoek naar de bruikbaarheid (feasibility), specificiteit en de sensitiviteit van het screeningsinstrument. Er heeft echter wel een kleinschalig feasibility onderzoek plaatsgevonden naar het instrument. Het instrument is door drie patiënten met lage rugklachten en drie medewerkers ingevuld en beoordeeld op bruikbaarheid en leesbaarheid.

Er zijn dus nog geen waarden bekend over de interbeoordelaars betrouwbaarheid, specificiteit en sensitiviteit van de 10-item MAWI schaal. Verder onderzoek naar deze waarden van het voorgestelde meetinstrument is echter noodzakelijk voor klinische toepassing en diagnostische nauwkeurigheid. Dit zal in een vervolg studie moeten worden onderzocht. Advies is om het screeningsinstrument toe te passen binnen de praktijk en na een half jaar een evaluatie te plannen. Resultaten van deze evaluatie kunnen iets zeggen over de sensitiviteit van het instrument.

06 CONCLUSIE

De conclusie geeft kort het eindresultaat weer en beantwoord de hoofdvraagstelling. Tevens wordt er een aanbeveling gedaan.

Tien relevante prognostische factoren voor a-specifieke lage rugklachten, gekoppeld aan de specialisaties binnen Praktijk voor Fysio- en Manueeltherapie, zijn geïncludeerd voor het opstellen van het screeningsinstrument. Op basis van de geselecteerde antwoorden en de interpretatie hiervan kan worden besloten bij welke specialisatie de patiënt de juiste interventie ontvangt. Op deze manier ontvangt de patiënt zo snel mogelijk de meest passende zorg, reduceert deze efficiëntie het behandelgemiddelde van de praktijk met een zo optimaal mogelijk behandelresultaat en helpt het mee aan de reductie van algehele zorgkosten. Een kort feasibility onderzoek onder patiënten en medewerkers binnen de praktijk heeft laten zien dat de 10-item MAWI schaal op een juiste manier patiënten verwijst naar één van de specialisaties binnen de praktijk. Echter is dit onderzoek te klein om een valide uitspraak te doen over de bruikbaarheid, specificiteit en sensitiviteit van de 10-item MAWI schaal. Verder onderzoek naar deze waarden is noodzakelijk voor de klinische toepassing en diagnostische nauwkeurigheid. Er wordt dan ook een vervolgstudie aanbevolen.

7. Literatuurlijst

1. Bons S.C.S., Borg M.A.J.P., Donk M. van den., Koes B.W., Kuijpers T., Ostelo R.W.J.G., Schaafstra A., Spinnewijn W.E.M., Verburg-Oorthuizen A.F.E., Verweij H.A. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn(Tweede herziening). 2017.

2. Staal J.B., Hendriks E.J.M., Heijmans M., Kiers H., Lutgers-Boomsma A.M., Rutten G., Tulder M.W. van., Boer J. den., Ostelo R., Custers J.W.H. KNGF Richtlijn Lage Rugpijn. Verantwoording en Toelichting. 2013.

3. Murphy S.E., Blake C., Power C.K., Fullen B.M. The effectiveness of a stratified group intervention using the STarTBack screening tool in patients with LBP - a non randomised controlled trial. BMC Musculoskeletal disorders. 2013; 14: 342.

4. Waddell G. The clinical course of back pain. In: The back pain revolution. Londen: Churchill Livingstone/Elsevier. 2006; p. 115-36.

5. Bamford A., Nation A., Durrell S., Andronis L., Rule E., McLeod H. Implementing the Keele stratified care model for patients with low back pain: an observational impact study. BMC Musculoskeletal disorders. 2017; 18: 66.

6. Hidalgo B., Detrembleur C., Hall T., Mahaudens P., Nielens H. The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. The Journal of Manual and Manipulative Therapy. 2014 May; 22(2): 59–74.

7. Schreijenberg M., Luijsterburg P.A.J., Trier Y.D.M.van., Rizopoulos D., Koopmanschap M., Voogt L., Maher C.G., Koes B.W. Efficacy of paracetamol, diclofenac and advice for acute low back pain in general practice: design of a randomized controlled trial (PACE Plus). BMC Musculoskeletal disorders. 2017; 18: 56.

8. Lambeek L.C., Tulder M.W. van, Swinkels I.C., Koppes L.L., Anema J.R., Mechelen W. van. The trend in total cost of back pain in The Netherlands in the period 2002 to 2007. Spine. 2011 ;36(13):1050-1058

9. Cherkin D., Balderson B., Brewer G., Cook A., Talbert Estlin K., Evers S.C., Foster N.E., Hill J.C., Hawkes R., Hsu C., Jensen M., LaPorte A., Levine M.D., Piekara D., Rock P., Sherman K., Sowden G., Wellman R., Yeoman J. Evaluation of a risk-stratification strategy to improve primary care for low back pain: the MATCH cluster randomized trial protocol. BMC Musculoskeletal Disorders. 2016; 17 (1): 361.

10. Karran E.L., McAuley J.H., Traeger A.C., Hillier S.L., Grabherr L., Russek L.N., Lorimer Moseley G. Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and meta-analysis. BMC Medicine. 2017; 15: 13.

11. Hill J.C., Whitehurst D.G.T., Lewis M., Bryan S., Dunn K.M., Foster N.E., Konstantinou K., Main C.J., Mason E., Somerville S., Sowden G., Vohora K., E.M. Hay. Comparison of stratified primary

care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. Lancet. 2011; 378(9802): 1560–1571.

12. Hill J.C., Dunn K.M., Lewis M., Mullis R., Main C.J., Foster N.E., Hay E.M. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. Arthritis and Rheumatism. 2008;59(5):632-41.

13. Apeldoorn A.T., Bosmans J.E., Ostelo R.W., Vet H.C.W. de, Tulder M.W. van. Cost-effectiveness of a classification-based system for sub-acute and chronic low back pain. European Spine Journal. 2012; 21(7): 1290–1300.

14. Fersum K.V., O'Sullivan P., Skouen J.S., Smith A., Kvåle A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. European Jounal of Pain. 2013 Jul; 17(6): 916–928.

15. Splunteren P. van., Franx G., Hermens M. Werken met de vernieuwde zorgpaden. De Eerstelijns. 2014. p. 12-13.

16. Traeger A.,Henschke N., Hübscher M., Williams C.M., Kamper S.J., Maher C.G.,Moseley G., McAuley J.H. Development and validation of a screening tool to predict the risk of chronic low back pain in patients presenting with acute low back pain: a study protocol. BMJ Open. 2015; 5(7): e007916.

17. Nanninga L. Effectiviteit en efficiëntie van gecombineerde fysiotherapeutische behandelingen in een pluspraktijk bij aspecifieke lage rugklachten op pijn en beperking in activiteiten. 2016; p. 10-15.

18. Heijmans W.F.G.J., Hendriks H.J.M., Esch M. van der, Pool-Goudzwaard A., Scholten-Peeters G.G.M., Tulder M.M. van, Wijer A. de, Oostendorp R.A.B. KNGF richtlijn manuele therapie bij lage rugpijn. Praktijkrichtlijn. 2006; p. 2-3.

19. Shah S.G., Kage V. Effect of Seven Sessions of Posterior-to-Anterior Spinal Mobilisation versus Prone Press-ups in Non-Specific Low Back Pain a Randomized Clinical Trial. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016 Mar; 10(3): YC10–YC13

20. Trijffel E. van, Lindeboom R., Bossuyt P.M.M., Schmitt M.A., Lucas C., Koes B.W., Oostendorp R.A.B. Indicating spinal joint mobilisations or manipulations in patients with neck or low-back pain: protocol of an inter-examiner reliability study among manual therapists. Chriropractic and Manual Therapies. 2014; 22: 22

21. http://www.fysioss.nl/behandelingen/mckenzie-maitland-mulligan/

22. Fagundes F.R.C., de Melo do Espírito Santo C., de Luna Teixeira F.M., Tonini T.V., Nunes Cabral C.M. Effectiveness of the addition of therapeutic alliance with minimal intervention in the treatment of patients with chronic, nonspecific low back pain and low risk of involvement of psychosocial factors: a study protocol for a randomized controlled trial (TalkBack trial). Trials. 2017; 18: 49.

23. Ramond-Roquin A., Bouton C., Bègue C., Petit A., Roquelaure Y., Huez J-F. Psychosocial Risk Factors, Interventions, and Comorbidity in Patients with Non-Specific Low Back Pain in Primary Care: Need for Comprehensive and Patient-Centered Care. Frontiers in Medicine (Lausanne). 2015; 2: 73.

24. Cramer H., Haller H., Lauche R., Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. BMC Complement Alternative Medicine. 2012; 12: 162.

25. Bergström C., Persson M., Mogren I. Pregnancy-related low back pain and pelvic girdle pain approximately 14 months after pregnancy - pain status, self-rated health and family situation. BMC Pregnancy & Childbirth. 2014; 14: 48.

26. Kokic I.S. Ivanisevic M., Uremovic M., Kokic T., Pisot R., Simunic B. Effect of therapeutic exercises on pregnancy-related low back pain and pelvic girdle pain; secondary analysis of a randomized controlled trail. Journal of Rehabilitation Medicine. 2017; 49: 251–257.

27. Staal J.B., Hendriks E.J.M., Heijmans M., Kiers H., Lutgers-Boomsma A.M., Rutten G., Tulder M.W. van, Boer J. den, Ostelo R., Custers J.W.H. KNGF-richtlijn Lage Rugpijn. Praktijkrichtlijn. 2013. p 2.

28. Zuijderduin W.M., Dekker J. Oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg. NIVEL; Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. 1994; p 103.

29. Grotle M. Clinical course and prognostic factors in patients with low back pain and disability: a methodological and clinical study. Fysiotherapeuten 2007. 72(8):14-20.

30. Feitosa A.S., Lopes J.B., Bonfa E., Halpern A.S. A prospective study predicting the outcome of chronic low back pain and physical therapy: the role of fear-avoidance beliefs and extraspinal pain. Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition) 2016 Sep – Oct. 56(5):384-390.

31. Pincus T., Santos R., Breen A., Kim-Burton A., Underwood M. A review and proposal for a core set of factors for prospective cohorts in low back pain: A consensus statement. Arthritis Care and Research 2008. 59(1): 14-24.

32. Helmhout P.H., Staal J.B., Heymans M.W., Harts C.C., Hendriks E.J.M., Bie R.A de. Prognostic factors for perceived recovery or functional improvement in non-specific low back pain: secondary analyses of three randomized clinical trials. European Spine Journal. 2010 Apr; 19(4): 650–659.

33. Valentin G.H., Pilegaard M.S., Vaegter H.B., Rosendal M.R., Ørtenblad L., Væggemose U., Christensen R. Prognostic factors for disability and sick leave in patients with subacute non-malignant pain: a systematic review of cohort studies. BMJ Open. 2016; 6(1): e007616.

34. Melloh M., Elfering A., Presland C.E., Roeder C., Barz T., Rolli-Salathé R., Tamcan O., Mueller U., Theis J.C. Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. International Orthopaedics. 2009 Apr; 33(2): 301–313.

35. Verkerk K., Luijsterburg P.A., Heymans M.W., Ronchetti I., Pool-Goudzwaard A.L., Miedema H.S., Koes B.W. Prognosis and course of disability in patients with chronic nonspecific low back pain: a 5- and 12-month follow-up cohort study. Physical Therapy. 2013 Dec; 93(12): 1603-14.

36. Melloh M., Elfering A., Stantonc T.R., Barze T., Aghayev E., Röder C., Theis J.C. Low back pain risk factors associated with persistence, recurrence and delayed presentation. Journal Of Back And Musculoskeletal Rehabilitation. 2014; 27(3): 281-9.

37. Verkerk K., Luijsterburg P.A., Miedema H.S., Pool-Goudzwaard A., Koes B.W. Prognostic factors for recovery in chronic nonspecific low back pain: a systematic review. Physical Therapy. 2012 Sep; 92 (9):1093-108.

38. Jensen O.K., Nielsen C.V., Stengaard-Pedersen K. One-year prognosis in sick-listed low back pain patients with and without radiculopathy. Prognostic factors influencing pain and disability. Spine Journal 2010 Aug;10(8):659-75.

39. Verkerk K., Luijsterburg P.A.J., Ronchetti I., Miedema H.S., Pool-Goudzwaard A., Wingerden J-P. van., Koes B.W. Course and prognosis of recovery for chronic non-specific low back pain: design, therapy program and baseline data of a prospective cohort study. BMC Musculoskeletal Disorder. 2011; 12: 252.

40. Campbell P., Foster N.E., Thomas E., Dunn K.M. Prognostic Indicators of Low Back Pain in Primary Care: Five-Year Prospective Study. Journal of Pain. 2013 Aug; 14(8): 873–883.

41. Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. Occupational Environmental Medicine. 2008; 65(8):507-17.

42. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, York J, Das A, McAuley JH. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. BMJ 2008; 337: a171.

8. Bijlagen

Bijlage 1. *The Keele STarT Back Screening Tool*

The Keele STarT Back Screening Tool

Patient name: _____ Date: _____

Thinking about the **last 2 weeks** tick your response to the following questions:

		Disagree 0	Agree 1
1	My back pain has **spread down my leg(s)** at some time in the last 2 weeks	☐	☐
2	I have had pain in the **shoulder** or **neck** at some time in the last 2 weeks	☐	☐
3	I have only **walked short distances** because of my back pain	☐	☐
4	In the last 2 weeks, I have **dressed more slowly** than usual because of back pain	☐	☐
5	It's not really safe for a person with a condition like mine to be physically active	☐	☐
6	**Worrying thoughts** have been going through my mind a lot of the time	☐	☐
7	I feel that **my back pain is terrible** and **it's never going to get any better**	☐	☐
8	In general I have **not enjoyed** all the things I used to enjoy	☐	☐

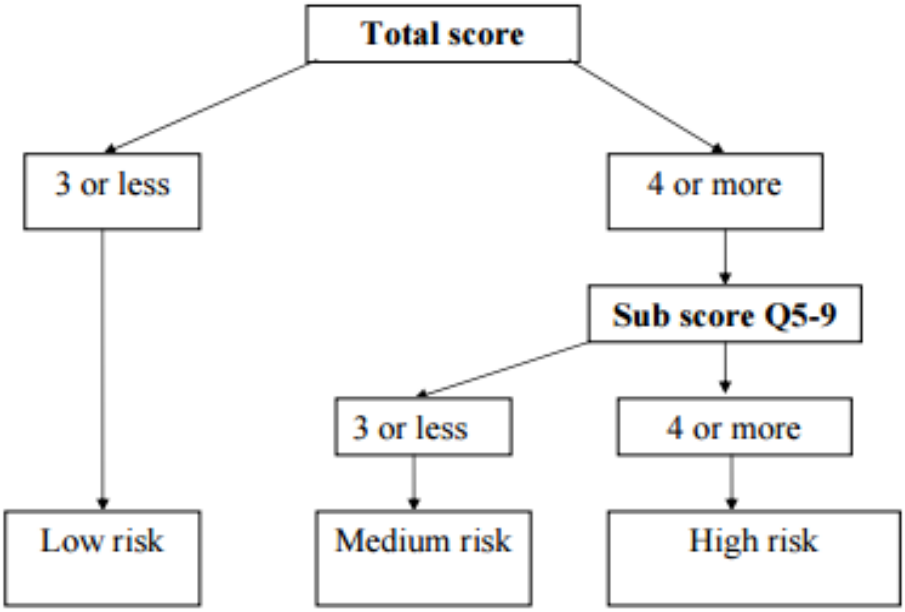
9. Overall, how **bothersome** has your back pain been in the **last 2 weeks**?

Not at all	Slightly	Moderately	Very much	Extremely
☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 1	☐ 1

Total score (all 9): _____ **Sub Score (Q5-9):**_____

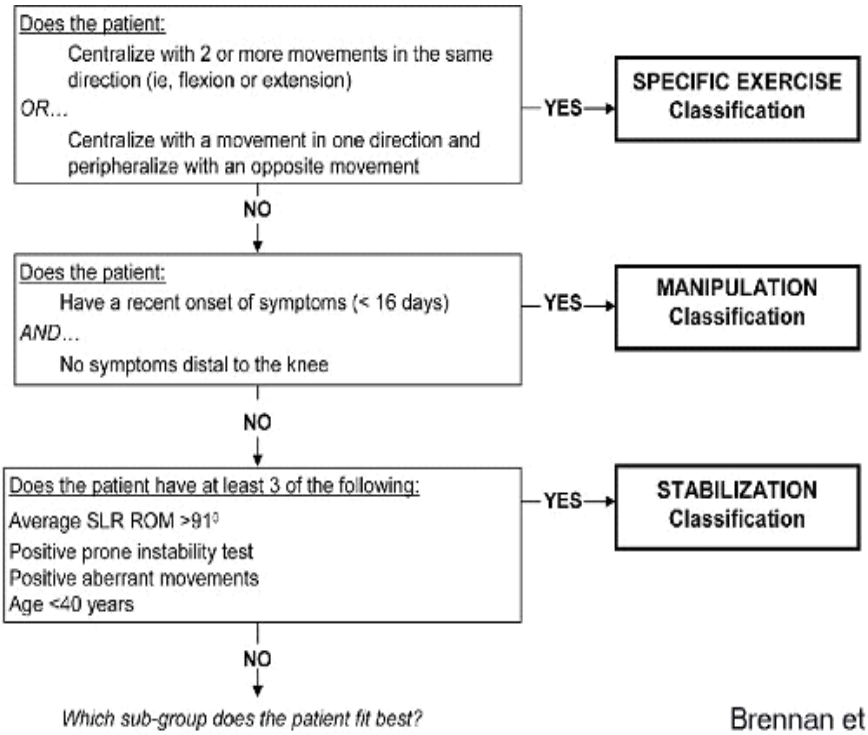
© Keele University 01/08/07
Funded by Arthritis Research UK

The STarT Back Tool Scoring System



© Keele University 01/08/07
Funded by Arthritis Research UK

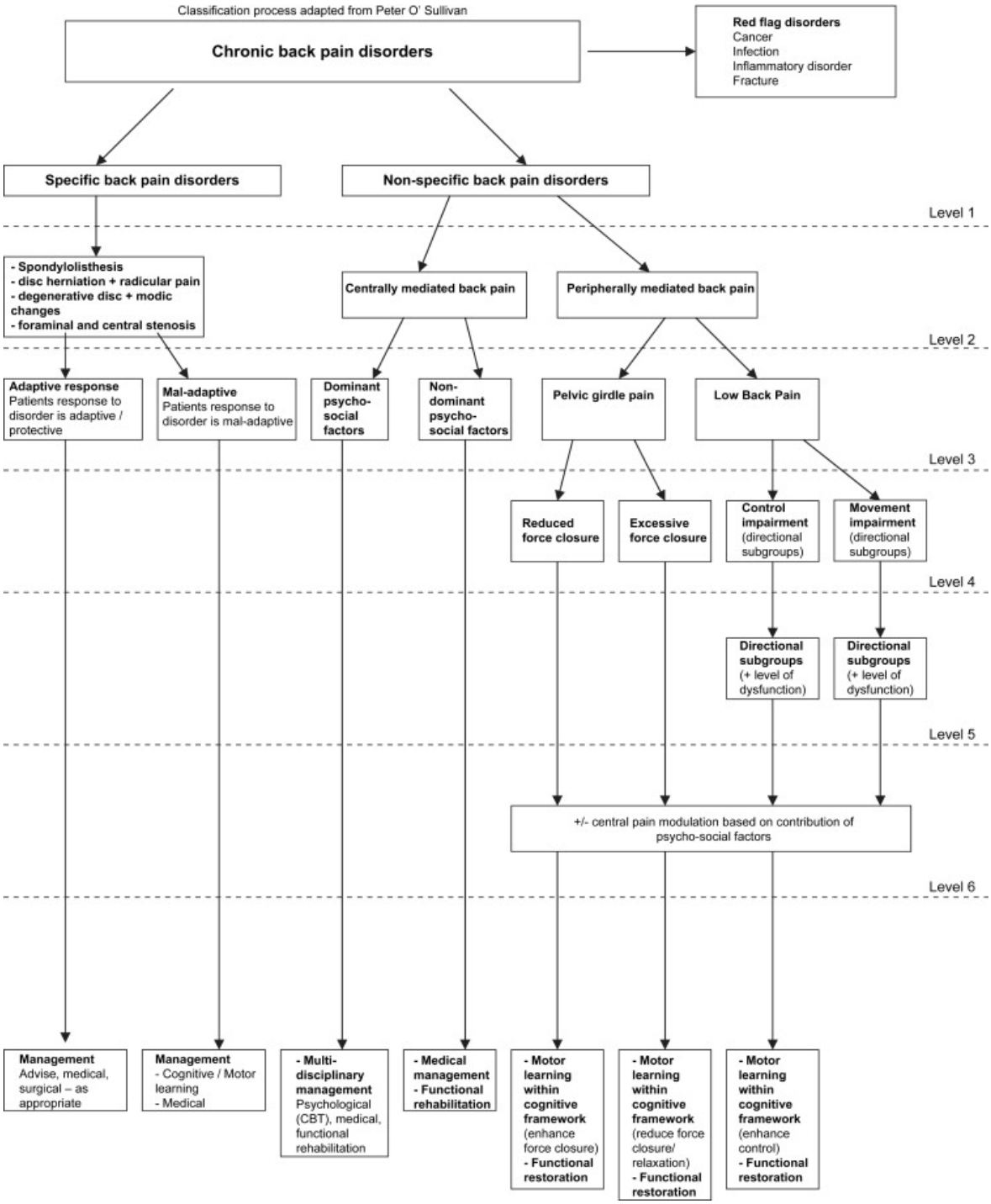
Bijlage 2. *Delitto's classification system*



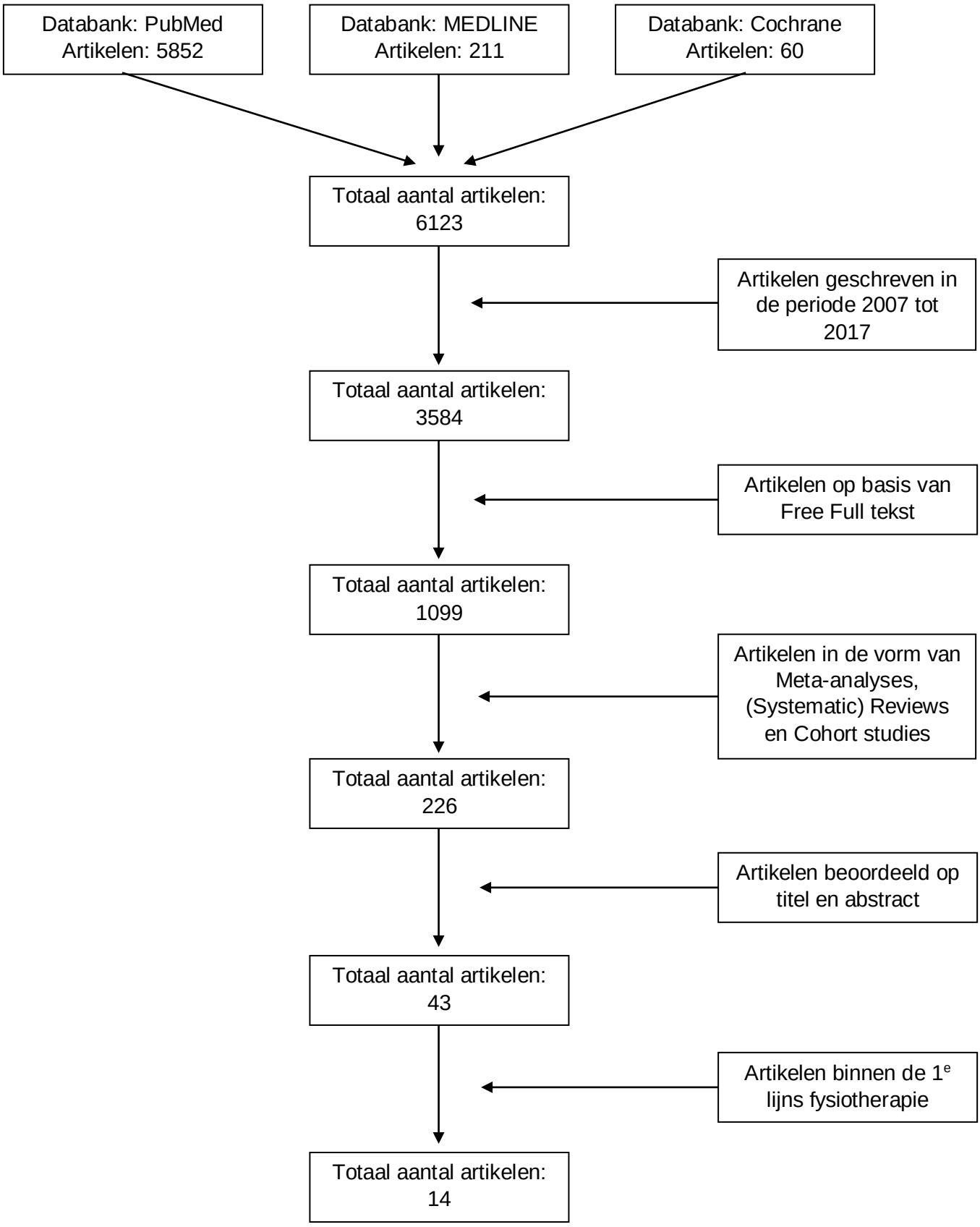
Brennan et al 2006

MANIPULATION		STABILIZATION		SPECIFIC EXERCISE	
Factors favoring	Factors against	Factors favoring	Factors against	Factors favoring	Factors against
More recent onset of symptoms Segmental hypomobility LBP only (no distal symptoms) Low FABQ scores (FABQW <19)	Symptoms below the knee Increasing episode frequency Peripheralization with motion testing No pain with mobility testing	Younger age Positive prone instability test Aberrant motions present Greater SLR ROM Hypermobility with spring testing Increasing episode frequency 3 or more prior episodes	Discrepancy in SLR ROM (>10°) Low FABQ scores (FABQPA < 9)	Strong preference for sitting or walking Centralization with motion testing Peripheralization in direction opposite centralization	Low back pain only (no distal symptoms) Status Quo with all movements

Bijlage 3. *CB-CFT Classification*



Bijlage 4. *Figuur 2. Flowchart van zoekstrategie*



Bijlage 5. *Tabel 4. Literatuur overzicht prognostische factoren*

Auteurs	Design	N	Verrichtingen in artikel	Doorslaggevende prognostische factoren
Grotle. 2005 (29)	Methodologische en klinische studie		Een overzicht van prognostische factoren die in de (sub) acute fase significant worden geassocieerd met chronische lage rugpijn.	Socio demografische / persoonlijke factoren • Leeftijd • Geslacht • Nationaliteit/Ras • Roken • Niveau van scholing • Omgevingsfactoren • Tevredenheid werk • Spanningen werk • Relaties met collega's Klinische factoren • Eerdere episode van rugpijn • Duur pijn • Pijn intensiteit • Lokalisatie van de pijn • Soort pijn • Neurologische symptomen • Mobiliteit wervelkolom • Abnormaal looppatroon Psychosociale factoren • Depressie • Fear-avoidence beliefs • Persoonlijkheid • Abnormaal ziektegedrag/passief coping • (emotionele) distress/psychologische Belasting Activiteiten en Participatie • ADL-activiteiten[1] • Sport • Fysieke activiteit • Werkstatus • Verwachtingen van de patiënten m.b.t. herstel en/of terugkeer naar het werk
Feitosa et al. 2016	Cohort onderzoek	113	Een interventieprogramma bij	• Leeftijd

(30)			patiënten met chronische lage rugklachten. De patiënten werden opgedeeld in een ‘reagerende’ en ‘niet reagerende’ groep. De interventie stelt vast welke factoren gerelateerd zijn aan de interventie.	• Geslacht • BMI[2] • Roken • Pijn in gebied onder de knie • Fysieke activiteit • Depressie • Catastroferende gedachten • FABQ- fysiek[3] • FABQ- werk • Prikkelbaarheid
Pincus et al. 2008 (31)	Review		Ontwikkeling van een consensus protocol doormiddel van 4 fasen. Een divers aantal factoren worden in deze fasen gescreend. Uitkomst is een lijst met factoren die ervoor zorgen dat acute lage rugpijn niet chronisch wordt.	Klinische gegevens • BMI • Onbekwaamheid (disability) • Duur huidige episode • Pijn in gebied onder de knie • Pijn intensiteit Socio demografische factoren • Niveau van scholing • Burgerlijke staat • Ras/ nationaliteit Financiële aspecten • duur van ziekteverzuim • Compensaties Leefstijl • Roken • Sport • Alcohol gebruik Psychosociale factoren • Depressie • Catastroferende gedachten • Fear-avoidence beliefs • Persoonlijkheid • Life-events Werk gerelateerde factoren • Type werk

				• Werkstatus • Redenen ziekteverzuim • Financiële factoren • Tevredenheid werk
Helmhout et al. 2010 (32)	Cohort onderzoek	273	Onderzoek naar prognostische factoren die voor verbetering van de klachten zorgen op korte termijn(post interventie) en lange termijn (6 maand na interventie). Onderzoek gedaan bij patiënten in de sub-acute of chronische fase.	Socio demografische gegevens • Geslacht • Leeftijd Klinische gegevens • Duur van klachten • Uitstralende pijn • Isometrische kracht rugspieren • Fysieke activiteiten Werk gerelateerde factoren • Vaste houdingen tijdens werk • Onprettige werkhoudingen • Repeterende bewegingen • Zwaar tillen • Werk als psychisch zwaar vinden • Ziekteverzuim Klinimetrie • RMDQ[4] • GHQ[5] • JCQ-S[6] • JCQ-C[7]
Valentin et al. 2016 (33) Geïncludeerde studies; - Boardman et al. 2006 - Boersma et al. 2005 - Childs et al. 2004 - Coste et al. 2004 - Grotle et al. 2007 - Grotle et al. 2010	Systematic review		Onderzoek in cohort studies naar factoren die een positieve invloed hebben op de uitkomstmaten langdurige invaliditeit en ziekteverzuim bij patiënten in de subacute fase.	• Meerdere pijnpunten • Hogere pijnintensiteit • Onbekwaamheid als startpunt • Leeftijd • Eerdere episode met pijnklachten • Duur van klachten • Angst • Depressie

- Hancock et al. 2008 - Hendrick et al. 2013 - Heneweer et al. 2007 - Karjalainen et al. 2003 - Leaver et al. 2013 - Lonnberg et al. 2010 - Melloh et al. 2013 - Schultz et al. 2004 - Sieben et al. 2005 - Storheim et al. 2005 - Swinkels-Meewisse et al. 2006 - Van der Windt et al. 2007 - Vos et al. 2008				
Melloh et al. 2009 (34) Geïncludeerde studies; - Hurley et al. 2001 - Grotle et al. 2006 - Hazard et al. 1996 - Linton & Hallden. 1998 - Linton & Boersma. 2003 - Neubauer et al. 2006 - Pfingsten. 2004 - Staerkle et al. 2004 - Waddell et al. 1993 - Reis et al. 2007 - Scerri et al. 2006 - Stiefel et al. 1999	Review		Een overzicht van verschillende screeningsinstrumenten (gepubliceerd tussen 1970 en 2007) waarin factoren worden benoemd die een positief voorspellende waarde hebben voor het verloop van lage rugklachten.	Socio demografische gegevens • Geslacht • Leeftijd • Nationaliteit • Niveau van scholing • Burgerlijke staat Werk gerelateerde factoren • Tevredenheid werk • Belastbaarheid • Dagen in activiteiten beperkt • Voorgaande werkdagen Activiteiten en Participatie • Vermogen licht werk uit te voeren • 1 uur lopen • ADL activiteiten • Wekelijks shoppen • Slapen

- Truchon & Côté. 2005				• Sport Klinische gegevens • Huidige pijn • Gemiddelde pijn • Pijn intensiteit en duur • Locatie van de pijn • Acceptatie van pijn • Beperkingen door pijn Psychische factoren • Depressie • Angst • Stress • Coping strategie • Fear-avoidance beliefs • Emotionele en sociale steun

Verkerk et al. 2013 (35)	Cohort onderzoek	1760	Alle deelnemende chronische patiënten werden geëvalueerd op hun verloop van onbekwaamheid op 2, 5 en 12 maanden follow-up van de multidisciplinaire interventie. Tevens worden belangrijke factoren geïdentificeerd die invloed hebben op deze onbekwaamheid.	Socio demografische gegevens
				• Niveau van opleiding
				• Burgerlijke staat
				• Geslacht
				Klinische gegevens
				• BMI
				• Duur van klachten
				• Oorzaak genoemd door patient;
				  • Trauma
				  • Fysieke overbelasting
				  • Zwangerschap
				  • Na een operatie of hernia
				• Comorbiditeit
				• Pijn intensiteit
				• Kwetsbaarheid gemeten in VAS[8]
				• Onbekwaamheid
				Psychosociale factoren
				• Fear-avoidance beliefs
				• SCL-90[9]
				Werk gerelateerd

				• Werkstatus • Hoeveelheid werkuren Activiteiten en participatie • ADL functies • Lopen, zitten en staan
Melloh et al. 2014 (36)	Cohort onderzoek	315	Schatting van de relatie tussen tijd-gerelateerde eigenschappen van lage rugklachten en prognostische factoren voor acute / subacute lage rugklachten.	Socio demografische gegevens • Leeftijd • Niveau van scholing Klinische gegevens • Sensorische pijn • Emotionele pijn • Totale pijn • Pijnintensiteit afgelopen week • Huidige pijnintensiteit Leefstijl • Roken (aantal pakjes/jaar) • Fysieke activiteit Psychologische gegevens • Depressie • Somatisatie • Fear-avoidance beliefs • Catastrofistisch Werk gerelateerd • Tevredenheid werk • Verwachtingen terugkeer werk • Sociale werk support
Verkerk et al. 2012 (37) Geïncludeerde studies; Anema et al (2009) Costa et al (2009) van der Huist et al (2008) Keeiey et al (2008) Chan and Chin	Systematic review		Het vaststellen van positieve prognostische factoren op korte en lange termijn voor de uitkomsten pijn intensiteit, onbekwaamheid, terugkeer naar het werk, kwaliteit van leven en het globale waargenomen effect. Onderzoek gedaan in de categorie chronische lage rugpijn patiënten.	Socio demografische gegevens • Leeftijd • Geslacht • Roken Klinische gegevens • Pijn naar het been • Pijnintensiteit Activiteit en participatie • ADL activiteiten

(2008) Crotie et al (2005) Koopman et al (2005) Woby et al (2004) Casso et al (2004) Smith et al (2004) Hagg et al (2003) Hansson and Hansson (2000) Bendix et al (1998) Barnes et al (1989)				• Mobiliteit • Kracht Werk gerelateerd • Ziekteverzuim • Werk status Psychologische gegevens • Fear-avoidance beliefs • Depressie
Jensen et al. 2010 (38)	Cohort onderzoek	325	Om klinische en psychosociale risicofactoren te identificeren vanaf de start van de klachten, die onbekwaamheid en pijn op 1 jaar beïnvloeden. Daarnaast om verschillen te zoeken tussen a-specifieke lage rugklachten en radiculopathie.	Socio demografische gegevens • Geslacht • Leeftijd • Kinderen • Burgerlijke staat • Niveau van scholing • Roken (dagelijks) Klinische gegevens • BMI • Duur van de pijn • Radiculopathie • Flexie en lateroflexie (fingertop to floor) Psychologische gegevens • Fear-avoidance beliefs • Angst • Depressie Werk gerelateerd • Werk de schuld geven van de pijn • Werkstatus • Inkomen
Verkerk et al. 2011 (39)	Cohort onderzoek	965	Het vaststellen van het verloop en de prognostische factoren voor herstel bij patiënten met chronische	Socio demografische gegevens • Leeftijd • Gewicht

			a-specifieke lage rugpijn.	• Lengte • Niveau van scholing • Burgerlijke staat Leefstijl • Roken • Alcohol gebruik • Drugs gebruik Klinische gegevens • BMI • Duur van de klachten • Oorzaak • Co morbiditeit • Pijn intensiteit huidig • Pijn intensiteit afgelopen 3 maanden • Vermoeidheid Psychologische gegevens • Fear-avoidance beliefs • PCS[10] Werk gerelateerd • Participatie in werk (%) • Werkstatus Fysieke activiteiten • Mobiliteit • ADL activiteiten • ASLR[11] positief
Campbell et al. 2013 (40)	Cohort onderzoek	1591	Vaststellen welke factoren een voorspellende waarde hebben op korte- en langetermijn uitkomsten bij patiënten met lage rugklachten. Een follow up van deze patiënten vond plaats op 6 maanden en 5 jaar na start van klachten.	Socio demografische gegevens • Leeftijd • Geslacht • Niveau van scholing • Sociale klasse Klinische gegevens • Pijnintensiteit • RMDQ • Duur van de pijn • Pijn in het been

				Psychologische gegevens • HADS[12] (angst en depressie) • TSK[13] (angst om te bewegen) • CSQ[14] (Catastrofistisch) • IPQR[15] • Self efficacy • Copingstijl Werk gerelateerd • Werkstatus
Iles et al. 2008 (41) Geïncludeerde studies: Boersma and Linton Cats-Baril and Frymoyer Coste et al. Deyo and Diehl Dionne et al. Fritz et al. Gatchel et al. Hagen et al. Haldorsen et al. Hazard et al. Infante-Rivard and Lortie Karjalainen et al. Klenerman et al. Lanier and Stockton Lehmann et al. Nordin et al. Ohlund et al. Schultz et al. (2004) Schultz et al. (2005) Shaw et al. Steenstra et al. Truchon and Cote Turner et al.	Review		Het vaststellen van positieve en negatieve psychosociale factoren voor het terugkeren naar het werk van patiënten in de (sub) acute fase van a-specifieke lage rugklachten.	Psychosociale factoren (positieve factoren) • verwachtingen van de patiënten m.b.t. terugkeer naar het werk • fear-avoidance beliefs • compensation issues • locus of control

Van der Weide et al.				
Henschke et al. 2008 (42)	Cohort onderzoek	973	Het bepalen van een prognose van 1 jaar bij patiënten met zeer acute (<2 weken) lage rugklachten en het identificeren van factoren die hier invloed op hebben. Patiënten werden geëvalueerd op 6 weken, 3 maand en 12 maand na start. En herstel werd gemeten in terugkeer naar werk, geen beperkingen meer hebben en pijnbeleving.	• leeftijd • geslacht • pijnintensiteit (6-punt-schaal) • beperkingen (in ADL) (6-punt-schaal) • pijncontrole (10-punt-schaal) • angst (10-punt-schaal) • depressie (10-punt-schaal) • verwachtingen m.b.t. herstel (10-puntschaal) • eerdere episodes van lage-rugpijn • gebruik van analgetica • duur van de beperkingen • radiculaire pijn • aantal van pijnlijke plekken • duur van de symptomen

[1] ADL: Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen / [2]BMI: Body Mass Index (kg/m^2) / [3]FABQ: Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire / [4]RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire / [5]GHQ: General Health Questionnaire / [6]JCQ-S: Job Content Questionnaire -Supervisor Social Support / [7]JCQ-C: Job Content Questionnaire - Co-worker Social Support / [8]VAS: Visueel Analoge Schaal / [9]SCL-90: Symptom Checklist / [10]PCS: Pain Catastrophizing Scale / [11]ASLR: Active Straight Leg Raise / [12]HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale / [13]TSK: Tampaschaal voor Kinesiofobie / [14]CSQ: Client Satisfaction Questionnaire / [15]IPQR: Illness Perception Questionnaire Revised

Bijlage 6. *Digitale vragenlijst Delphi sub-studie*

Prognostische factoren bij a-specifieke lage rugklachten

Geachte heer/mevrouw,

Tijdens mijn afstudeeronderzoek wil ik een screeningsinstrument ontwikkelen die de praktijk voor fysiotherapie Kollum-Grijpskerk kan gebruiken bij het screenen van patiënten met a-specifieke lage rugklachten. Door het instrument toe te passen wordt het gemakkelijker de juiste specialisatie binnen de praktijk in te schakelen die het best aansluit bij de klachten die de patiënt presenteert.

Uit een literatuurstudie die ik heb gedaan zijn verscheidene prognostische factoren naar voren gekomen op het gebied van a-specifieke lage rugklachten. Een aantal van deze prognostische factoren zullen uiteindelijk worden gebruikt bij de realisatie van het screeningsinstrument.

Om te bepalen welke factoren het meest van belang zijn bij de realisatie ben ik opzoek naar de expertise van fysiotherapeuten die bekend zijn met patiënten met a-specifieke lage rugklachten. In deze enquête worden de factoren benoemd per categorie. Via een 4 puntschaal kunnen de factoren beoordeeld worden op bruikbaarheid voor het te realiseren screeningsinstrument.

Alvast bedankt voor het invullen!

Sociodemografische factoren: Leeftijd

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Sociodemografische factoren: Geslacht

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Sociodemografische factoren: Niveau van scholing

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Sociodemografische factoren: Burgerlijke staat

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Psychosociale factoren: Depressie

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Psychosociale factoren: Fear Avoidance Beliefs (pijngerelateerde angst)

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Psychosociale factoren: Catastroferende gedachten

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Psychosociale factoren: Angst om te bewegen

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Klinische factoren: Duur huidige pijnepisode

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Klinische factoren: Soort pijn

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Klinische factoren: Pijn naar één of beide benen

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Klinische factoren: BMI

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Werkgerelateerde factoren: Werkstatus (werknemer, werkgever, zzp'er)

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Werkgerelateerde factoren: Reden ziekteverzuim

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Werkgerelateerde factoren: Verwachtingen m.b.t terugkeer naar werk

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Leefstijl gerelateerde factor: Roken

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Functiestoornissen factoren: ADL activiteiten

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Functiestoornissen factoren: Mobiliteit LWK

- ☐ Niet belangrijk
- ☐ Nauwelijks belangrijk
- ☐ Redelijk belangrijk
- ☐ Erg belangrijk

Bijlage 7. *Definitieve screeningsinstrument*

10-item MAWI schaal

Onderstaande vragenlijst helpt ons een indruk te krijgen over de huidige rugklachten die u ervaart. Op basis van de antwoorden kunnen we de meest geschikte fysiotherapeutische zorg aanbieden. Wij verzoeken u bij alle vragen een antwoord aan te kruisen die het meest uw situatie weergeeft.

1 Bent u op het moment zwanger of tot 1 jaar na de bevalling?
☐ ja ☐ nee

---

2 Is er sprake van ongewild urine verlies en/of problemen bij ontlasting in de afgelopen periode (3 maanden)?
☐ ja ☐ nee

---

3 Is er sprake van uitstralende pijn naar één of beide benen?
☐ nooit ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

---

4 Hoe ernstig wordt u door u huidige rugklachten belemmerd tijdens werkzaamheden?
☐ niet ☐ nauwelijks ☐ enigszins ☐ totaal

---

5 Wat is de duur van de huidige rugklachten?
☐ < 6 weken ☐ 6-12 weken ☐ > 12 weken

---

6 Is er sprake van een directe aanleiding tot de huidige rugklachten?
☐ ja ☐ nee

---

7 Ik ben bezorgd dat mijn rugklachten bij lichaamsbeweging toenemen.
☐ nooit ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

---

8 Bent u in de afgelopen periode (3 maanden) neerslachtig of somber geweest?
☐ nooit ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

---

9 Hoe vaak heb u het afgelopen jaar een periode van rugklachten gehad?
☐ niet ☐ 0-2 keer ☐ > 2 keer

---

10 Door mijn rugklachten moet ik bij dagelijkse activiteiten veelvuldig wisselen van houding.
☐ nooit ☐ soms ☐ vaak ☐ altijd

Bijlage 8. *Interpretatie instrument*

Voor elke specialisatie geldt dat er één bepalende vraag is die hieraan specifiek gekoppeld wordt. Deze vragen zijn rood gearceerd in de routering. Voor de andere vragen geldt dat deze de bepalende vraag ondersteunen. Naast de bepalende vraag moet minstens 1 andere vraag, die gekoppeld is aan de bepaalde behandelvorm, positief zijn die het verwijzen naar de specialisatie versterkt. Er wordt gebruik gemaakt van routering binnen de interpretatie. Op deze manier kan zorgvuldig en snel worden bepaald welke specialisatie moet worden ingezet. Is er geen sprake van indicatie voor een van de onderstaande specialisaties, dan wordt de patiënt doorverwezen naar een algemeen fysiotherapeut.

Route Bekkenbodem therapie

* Indien een van deze 2 vragen positief beantwoord, einde screening.

Route Manueel therapie

* Startvraag 3. Indien antwoord 3 of 4; bekijk vraag 4, 5 en 6. Wanneer 1 of meer van deze vragen positief beantwoord voor manueel therapie, einde screening.

Route Chronische pijn therapie

* Startvraag 3. Indien antwoord 1 of 2; ga naar vraag 6. Indien vraag 6 met nee beantwoord, bekijk vraag 5, 7 en 8. Wanneer 1 of meer van deze vragen positief beantwoord voor chronische pijn therapie, einde screening.

Route Cesar oefentherapie

* Startvraag 3. Indien antwoord 1 of 2; ga naar vraag 6. Indien vraag 6 met nee beantwoord én geen combinatie met vraag 5, 7 of 8 aanwezig is; ga naar vraag 9.

  Vraag 9; Indien antwoord 3, bekijk vraag 10. Wanneer vraag 10 antwoord 3 of 4. Einde screening.

VRAAG	PROGNOSTISCHE FACTOR	SCORE	BEHANDELMETHODE
1	Is er sprake van ongewild urine verlies en/ of problemen bij ontlasting in de afgelopen periode (3 maanden)?	1. ja 2. nee	Bekkenbodem therapie
2	Bent u op het moment zwanger of tot 1 jaar na de bevalling?	1. ja 2. nee	
3	Is er sprake van uitstralende pijn naar één of beide benen?	1. nooit 2. soms 3. vaak 4. altijd	
4	Hoe ernstig wordt u door u huidige rugklachten belemmerd tijdens werkzaamheden?	1. niet 2. nauwelijks 3. enigszins 4. totaal	Manueel therapie
5	Wat is de duur van de huidige rugklachten?	1. < 6 weken 2. 6-12 weken 3. > 12 weken	
6	Is er sprake van een directe aanleiding tot de huidige rugklachten?	1. ja 2. nee	Chronische pijntherapie
7	Ik ben bezorgd dat mijn rugklachten bij lichaamsbeweging toenemen	1. nooit 2. soms 3. vaak 4. altijd	
8	Bent u in de afgelopen periode (3 maanden) neerslachtig of somber geweest?	1. nooit 2. soms 3. vaak 4. altijd	
9	Hoe vaak heb u het afgelopen jaar een periode van rugklachten gehad?	1. niet 2. 0-2 keer 3. > 2 keer	
10	Door mijn rugklachten moet ik bij dagelijkse activiteiten veelvuldig wisselen van houding.	1. nooit 2. soms 3. vaak 4. altijd	Cesar oefentherapie

Bijlage 9. *Instructieprotocol praktijkmedewerkers*

10-item MAWI schaal

JUNI 2017
M. Wiegersma

- *Algemene gegevens*

	Vragenlijst heeft betrekking op de volgende categorieën
Lichaamsregio	Wervelkolom
Aandoening	A-specifieke lage rugklachten
Domein 'Menselijk Functioneren'	Zowel fysieke als mentale functies

- *Korte beschrijving*: De 10-item MAWI schaal meet, binnen de Praktijk voor Fysio- en Manueeltherapie Kollum-Grijpskerk, hoe de patiënten het meest adequaat doorverwezen kunnen worden naar de aanwezige specialisaties. Het is ontwikkeld volgens een psychometrisch literatuuronderzoek naar prognostische factoren. De vragenlijst is opgesteld uit 10 items op het gebied van sociodemografische, psychosociale, werkgerelateerde, klinische, leefstijl gerelateerde en functiestoornis gerelateerde factoren.

- *Doelgroep:* Patiënten met a-specifieke lage rugklachten in de eerste lijn.

- *Auteur:* Nederlandse versie, Wiegersma M. (2017)

2. Doel van het instrument

- Classificatie systeem
  Classificatiesystemen zijn ontwikkeld om duidelijk subgroepen kunnen onderscheiden door eenduidige beschrijvingen.

3. Soort / vorm van het instrument

- Vragenlijst
- Opbouw: Totaal 10 items verdeeld over 3 deelgebieden
  Stoornissen en activiteiten niveau (items 3-6 en 9-10)
  Psychosociaal (items 7-8)
  Bekken gerelateerd (items 1 en 2)
- Invulinstructie: een korte toelichting voor het invullen staat boven de vragenlijst
- Meetniveau: Ordinaal meetniveau
  Item 5 en 9: score (1-3) Waarbij 1 t/m 3 is verschillend

Item 1,2 en 6: score (1-2)	Waarbij 1= Ja en 2=Nee
Item 3,4,7,8 en 10: score (1-4)	Waarbij 1=ja 2=nee en 3= nooit, 4= altijd

4. Verkrijgbaarheid

- Opvraagbaar bij Praktijk voor Fysio- en Manueeltherapie Kollum-Grijpskerk
- Geschatte kosten: Gratis

5. Hanteerbaarheid

- Taal: Nederlands
- Benodigdheden: Invulformulier en pen/potlood
- Randvoorwaarden: Persoon moet alleen en zonder hulp van anderen de vragenlijst invullen
- Benodigde tijd: 1-3 minuten

6. Normgegevens

- Interpretatie
  Voor elke specialisatie geldt een andere interpretatie van de scores.
  Is er geen sprake van indicatie voor een van de onderstaande specialisaties, dan wordt de patiënt doorverwezen naar een algemeen fysiotherapeut.

VRAAG	PROGNOSTISCHE FACTOR	SCORE	BEHANDELMETHODE
1	Is er sprake van ongewild urine verlies en/ of problemen bij ontlasting in de afgelopen periode (3 maanden)?	1. ja 2. nee	Bekkenbodem therapie
2	Bent u op het moment zwanger of tot 1 jaar na de bevalling?	1. ja 2. nee	
3	Is er sprake van uitstralende pijn naar één of beide benen?	1. nooit 2. soms 3. vaak 4. altijd	
4	Hoe ernstig wordt u door u huidige rugklachten belemmerd tijdens werkzaamheden?	1. niet 2. nauwelijks 3. enigszins 4. totaal	Manueel therapie
5	Wat is de duur van de huidige rugklachten?	1. < 6 weken 2. 6 -12 weken 3. > 12 weken	

6	Is er sprake van een directe aanleiding tot de huidige rugklachten?	1. ja 2. nee	Chronische pijntherapie
7	Ik ben bezorgd dat mijn rugklachten bij lichaamsbeweging toenemen	1. nooit 2. soms 3. vaak 4. altijd	
8	Bent u in de afgelopen periode (3 maanden) neerslachtig of somber geweest?	1. nooit 2. soms 3. vaak 4. altijd	
9	Hoe vaak heb u het afgelopen jaar een periode van rugklachten gehad?	1. niet 2. 0-2 keer 3. > 2 keer	
10	Door mijn rugklachten moet ik bij dagelijkse activiteiten veelvuldig wisselen van houding.	1. nooit 2. soms 3. vaak 4. altijd	Cesar oefentherapie

Route Bekkenbodem therapie

* Bekijk vraag 1 en 2. Indien een van deze 2 vragen positief beantwoord, einde screening.

Route Manueel therapie

* Startvraag 3. Indien antwoord 3 of 4; bekijk vraag 4, 5 en 6. Wanneer 1 of meer van deze vragen positief beantwoord voor manueel therapie, einde screening.

Route Chronische pijn therapie

* Startvraag 3. Indien antwoord 1 of 2; ga naar vraag 6. Indien vraag 6 met nee beantwoord, bekijk vraag 5, 7 en 8. Wanneer 1 of meer van deze vragen positief beantwoord voor chronische pijn therapie, einde screening.

Route Cesar oefentherapie

* Startvraag 3. Indien antwoord 1 of 2; ga naar vraag 6. Indien vraag 6 met nee beantwoord én geen combinatie met vraag 5, 7 of 8 aanwezig is; ga naar vraag 9.

  Vraag 9; Indien antwoord 3, bekijk vraag 10. Wanneer vraag 10 antwoord 3 of 4. Einde screening.

- Normwaarden

  Er is geen sprake van normwaarden voor het instrument. Er wordt niet gewerkt met het toekennen van scores aan de antwoorden en er wordt dus geen somscore berekend. In plaats daarvan wordt de bovenstaande routering toegepast. Omdat het instrument een screenende functie heeft zal de vragenlijst niet worden ingezet als her-test.