

Praktijkgericht Onderzoek

Welk classificatiesysteem is het meest effectief met betrekking tot de interventies ten aanzien van pijn en functioneren bij patiënten met specifieke lage rugpijn? Een systematische review.

Onderbouwingsverslag

10 juni 2016

Aspirant-onderzoekers:

S.C. Bekhuis
519018

M.G.J. Jansen
520915

F.A.M. Kuijpers
522616

A.J.M. Peek
523730

van Hogeschool Arnhem & Nijmegen te Nijmegen

Opdrachtgever:

Martin Oortwijn

Laurens Brummelhuis

van Arcus Fysiotherapie te Zutphen

Docentbegeleider:

Bart Staal

van Hogeschool Arnhem & Nijmegen te Nijmegen

VERANTWOORDING AANPAK EN ONDERZOEKSMETHODE

Uit het eerste gesprek met de opdrachtgevers kwam naar voren dat de therapeuten van Arcus Fysiotherapie geen duidelijke richtlijn gebruiken voor het behandelen van specifieke lage rugpijn. De patiënten worden willekeurig ingedeeld door de secretaresse of op voorkeur van de patiënt bij een bepaalde therapeut. Dit heeft als gevolg dat de patiënt bij een therapeut wordt ingedeeld die een bepaalde behandelstrategie volgt die niet per se het beste bij de patiënt past. Arcus Fysiotherapie heeft diverse expertises. Wanneer een patiënt bij een manueel therapeut geplaatst wordt, zal deze al snel manuele therapie aanbieden, bij een sportfysiotherapeut zal dit vaker oefentherapie zijn. Hierdoor is er geen duidelijke richtlijn voor de therapeuten welk behandeltraject het beste bij de patiënt past. Daarom wenst Arcus Fysiotherapie een classificatiesysteem waarbij patiënten worden ingedeeld bij een bepaalde subgroep met een bijpassend behandeltraject. Het is de bedoeling dat dit een richtlijn wordt waarvan ook afgeweken kan worden. Gevolg is dat patiënten eerder bij de juiste therapeut terecht komt en dat er een duidelijke richtlijn gevormd is voor de therapeuten onderling.

Er komen voornamelijk patiënten, mannen en vrouwen, tussen de 16-65 jaar in de praktijk met specifieke lage rugpijn. Daarom is gekozen voor deze doelgroep. Arcus Fysiotherapie vindt het belangrijk dat er een afname is in pijn en toename is in functioneren. Daarom is gekozen voor deze twee uitkomstmaten. Het mooiste hierin zou zijn dat er een effect is op zowel pijn als in functioneren. Wanneer dit niet kon, was dit voor Arcus Fysiotherapie geen probleem.

Er is gekozen om het classificatiesysteem te vergelijken met een ander soort classificatiesysteem om te onderzoeken welk classificatiesysteem beter werkt. Daarnaast is er gekozen voor reguliere fysiotherapie als controlebehandeling. Bij reguliere fysiotherapie wordt niet gebruik gemaakt van subgroepen waar een behandeltraject aan gekoppeld is, er wordt voornamelijk gewerkt met patiëntenprofielen. In deze patiëntenprofielen wordt weergegeven of adviezen nodig zijn, uitgebreide behandelingen of dat een psychosociaal aspect een grote rol speelt. Er is geen duidelijkheid over welke therapie het beste bij deze profielen past. Door een vergelijking te maken met reguliere fysiotherapie kan geanalyseerd worden of het indelen van patiënten in subgroepen met een bijpassend behandeltraject daadwerkelijk effect heeft. Daarnaast kon de controlebehandeling ook een placebogroep zijn. Wanneer onderzoek wordt gedaan met een placebogroep, kan geanalyseerd worden of het classificatiesysteem invloed heeft op de klachten of dat de klachten door zelfmanagement zou verminderen. Hierdoor kwamen we op de volgende PICO vraag:

'Welk classificatiesysteem is het meest effectief ten aanzien van pijn en functioneren bij een man of vrouw van 16 t/m 65 jaar met specifieke lage rugpijn ten opzichte van een alternatief classificatiesysteem, reguliere fysiotherapie of een placebogroep?'

Om onze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden hebben we deelvragen opgezet; we willen weten welke classificatiesystemen voor lage rugpijn in de literatuur bestaan, vervolgens willen we onderzoeken welk systeem onderling het meest effectief is ten aanzien van pijn en functioneren en welk classificatiesysteem het meest toepasbaar is in de praktijk. Om deze vragen te kunnen beantwoorden hebben we gekozen voor een systematische review waarbij een literatuurstudie, meta-analyse/kritische beschouwing en focusgroep wordt gehouden. Het wetenschappelijke bewijs vatten wij samen in een systematische review. In dit geval bestaat onze onderzoekseenheid uit artikelen in plaats van deelnemers, omdat we classificatiesystemen uit de bestaande literatuur met elkaar vergelijken¹. Door deze samenvatting kan de opdrachtgever zien wat de waarde van het bewijs is. In de meta-analyse willen we onderzoeken welk classificatiesysteem het meest effectief is ten opzichte van de rest van de classificatiesystemen, zodat een advies kan worden uitgebracht naar Arcus Fysiotherapie. Wanneer de meta-analyse niet mogelijk zou zijn, hadden we gekozen om de literatuur kritisch te beschouwen om zo toch een advies uit te kunnen brengen. Het classificatiesysteem moet toepasbaar zijn in de praktijk, de mening van de fysiotherapeuten in het werkveld is daarom belangrijk. Door middel van de focusgroep zullen we erachter komen welke voorkeur de fysiotherapeuten hebben.

VERANTWOORDING WIJZE VAN DATAVERZAMELING

We hebben het onderzoek opgedeeld in verschillende fases. Beginnend met een oriënterend literatuuronderzoek naar welke classificatiesystemen aanwezig zijn binnen de literatuur. Hierin hebben we gekozen om zowel systematische reviews als Randomised Controlled Trials (RCT's) te gebruiken als onderzoekseenheid. RCT's zijn het sterkst in bewijs¹. Daarnaast zijn RCT's nodig om een meta-analyse uit te kunnen voeren. Deze bevatten namelijk een gemiddelde en standaarddeviatie/betrouwbaarheidsinterval¹. Systematische reviews gebruiken RCT's, dus deze zouden tot bruikbare RCT's kunnen leiden. In eerste instantie hebben we de literatuur beoordeeld op overeenkomst van de onderzoeksvraag met de titel/samenvatting. Wanneer er een overeenkomst was, werd de full text gescand om te bekijken of er daadwerkelijk een overeenkomst is met de onderzoeksvraag. De RCT's die hieruit zijn gekozen, zijn vervolgens geselecteerd op de selectiecriteria (zie artikel: tabel 1). De belangrijkste items uit de PICO vraag zijn gebruikt voor de selectiecriteria. Dit is gebaseerd op de Cochrane RCT Checklist². Het artikel moet

aan vier van de vijf criteria voldoen, omdat er twee belangrijke componenten in de selectiecriteria aanwezig zijn; of er een controlegroep aanwezig is en dat een van de uitkomstmaten pijn of functioneren geanalyseerd wordt. Bij drie van de vijf criteria zal er een kans zijn dat een artikel beide componenten niet bevat en toch mee gaat in het vervolgonderzoek. Daarnaast wilden we een percentage rond de 70% aanhouden, zodat het artikel aan genoeg criteria zou voldoen. De selectiecriteria hebben we gebaseerd op de onderzoeksvraag, zodat het artikel grotendeels met de onderzoeksvraag zou overeenkomen en daardoor beter bij de behoefte van Arcus Fysiotherapie past.

Uit de eerste selectie hebben we expliciet RCT's meegenomen. Deze zijn beoordeeld op basis van de Cochrane RCT Checklist² en de TIDieR Checklist³. Er is gekozen voor de Cochrane RCT Checklist, omdat deze naar de validiteit van een artikel kijkt. Hiermee wordt duidelijk wat de kwaliteit van het artikel is en of er niet teveel bias aanwezig is. We vinden het belangrijk dat we artikelen meenemen die van zichzelf al valide zijn, zodat dit onze resultaten niet kan beïnvloeden. Voor de Cochrane RCT Checklist behoren de artikelen aan zeven van de tien criteria te voldoen onder het kopje 'Validiteit'. De rest van de Checklist is niet van toepassing, omdat dit puur op de resultaten in gaat en wat de patiënt hiervan zou vinden. Wij hebben geen contact met patiënten, maar hebben de wensen en behoeften van de opdrachtgevers verwerkt in de selectiecriteria. De artikelen behoren aan zeven van de tien criteria te voldoen, omdat dit aan de 70% eis voldoet die we hebben gesteld. De TIDieR Checklist hebben we gebruikt om dieper op de interventies in te gaan. Deze checklist is gericht om de studiekwaliteit op het gebied van de beschreven interventies te beoordelen. Ons onderzoek gaat vooral over de interventies, om deze reden hebben we gekozen om de TIDieR Checklist te gebruiken. De artikelen behoren aan acht van de twaalf criteria te voldoen om meegenomen te kunnen worden in het vervolgonderzoek. Dit komt ook weer dicht bij de 70% die wij hebben aangehouden.

VERANTWOORDING KEUZE DATA-ANALYSE

De artikelen die door de selectiecriteria zijn gekomen bevatten een gemiddelde en spreidingsmaat (standaarddeviatie/betrouwbaarheidsinterval) van de uitkomstmaten pijn en/of functioneren. Dit is nodig om een meta-analyse uit te kunnen voeren¹. Per artikel hebben we de studiekarakteristieken uiteengezet in een tabel (*zie artikel: tabel 6*). Per studie hebben we de patiëntenpopulatie, interventie- en controlegroep, follow-up, uitkomstmaten, resultaten en de conclusie van de artikelen beschreven. Dit hebben we gedaan om een overzicht te creëren en te beoordelen of een meta-analyse mogelijk is. Ten eerste hebben we gekeken of de controlegroepen overeenkwamen. Ieder artikel heeft reguliere fysiotherapie als controlegroep. De meeste artikelen maken gebruik van

oefentherapie/richtlijn voor lage rugpijn. We hebben gekozen dat dit onder reguliere fysiotherapie valt, omdat binnen de fysiotherapie geen identieke behandelingen worden gegeven. De overeenkomst tussen de controlebehandeling is dat ze allemaal oefentherapie uitvoeren. Ten tweede is gekeken naar de overeenkomst tussen de follow-ups. Binnen de follow-ups zaten kleine verschillen, bijvoorbeeld na drie weken of na vier weken. Om deze reden hebben we de keuze gemaakt om de follow-ups in te delen in korte termijn (0-3 maanden), middellange termijn (3-6 maanden) en lange termijn (12< maanden). Slechts één artikel⁴ had een middellange termijn follow-up. Deze follow-up kon niet vergeleken worden en is dus niet meegenomen in de meta-analyse. We hebben daarom alleen geanalyseerd op korte en lange termijn. Ieder artikel had als uitkomstmaat pijn en/of functioneren, maar er werden verschillende meetinstrumenten gebruikt. Voor pijn werd gebruik gemaakt van NPRS/VAS/Pain Reduction Scale en voor functioneren werd gebruik gemaakt van de RMDQ/ODI. Omdat de verschillende metingen gegeneraliseerd zijn komen de uitkomstmaten, follow-ups en behandelingen overeen. Echter kunnen deze verschillen invloed hebben op de resultaten. Door de standaard mean differences (SMD) te gebruiken, kunnen de verschillende uitkomstmaten van verschillende meetinstrumenten samengevoegd worden⁵. Doordat er wel overeenkomsten zijn, maar geen identieke, tussen de behandelingen en follow-ups en door de verschillen in patiëntenpopulaties hebben we gebruik gemaakt van een random effect model. Hierdoor kunnen de verschillen geen invloed hebben op de resultaten⁶. Bij een fixed effect model wordt vanuit gegaan dat de studiekenmerken exact hetzelfde zijn. In de systematische review komen ze wel overeen, maar zijn ze niet identiek.

De meta-analyse hebben we uitgevoerd met het programma Review Manager⁷. Dit is een software om Cochrane Reviews te maken en onderhouden. Wij hebben dit gebruikt om forest plots te maken. In een forest plot worden de effectgroottes van de verschillende studies met dezelfde follow-up en uitkomstmaat vergeleken. We hebben dit opgedeeld in pijn korte termijn, pijn lange termijn, functioneren korte termijn en functioneren lange termijn. De subgroepen bestonden uit de classificatiesystemen met de bijbehorende artikelen. Hierdoor krijg je per follow-up/uitkomstmaat een forest plot waar de gepoolde resultaten per classificatiesysteem weergegeven zijn en de individuele resultaten van de artikelen. Op deze manier zijn de resultaten gemakkelijk te vergelijken. De gemiddelde resultaten, aantal patiënten in de controle- en interventiegroep en de standaarddeviatie tussen de groepen zijn ingevoerd. Wanneer een standaarderror aanwezig was, werd deze ingevoerd. Als er alleen een betrouwbaarheidsinterval binnen dezelfde groep werd weergegeven, dan werd deze ingevoerd. Review Manager kon hierdoor zelf de resultaten berekenen en in een forest plot weergeven. Het betrouwbaarheidsinterval is op 95% gezet, omdat dit gebruikelijk is

binnen de fysiotherapie. Hoe meer deelnemers, hoe kleiner het betrouwbaarheidsinterval en hoe groter de precisie van de effectschatting. Dit betekent dat in dit geval 95% een effectschatting binnen dit betrouwbaarheidsinterval ligt. De kans is dan groter dan het behandelverschil in die 95% ligt, waarop de kans op toeval kleiner wordt¹.

Tevens hebben we gekozen voor de GRADE-methode. Volgens NHG⁸ vergroot GRADE de transparantie van het ontwikkelingsproces van de aanbevelingen met bijbehorende onderbouwing. De studies worden per uitkomstmaat beoordeeld. De uitkomsten van GRADE zijn relevant voor de kracht van de aanbevelingen in de systematische review. De uitkomsten van de meta-analyse kunnen worden versterkt of verzwakt door de kwaliteit van bewijs.

VERANTWOORDINGEN ZOEKEN EN BEOORDELEN LITERATUUR

Oriënterend literatuuronderzoek

Voor het uitvoeren van het oriënterend literatuuronderzoek hebben wij vaardigheden betreffende literatuuronderzoek uit de eerste twee jaar van de opleiding Fysiotherapie toegepast. We zijn op zoek gegaan naar bestaande classificatiesystemen en naar informatie over lage rugpijn voor de achtergrond informatie. De databases die we hiervoor hebben gebruikt zijn PubMed, GoogleScholar, MEDLINE, PEDro en HANQuest.

Met de informatie die we hebben verkregen in het oriënterend literatuuronderzoek, hebben we een nieuw zoekschema opgesteld. Dit nieuwe zoekschema hebben we gebruikt voor het literatuuronderzoek. Het nieuwe zoekschema is gebaseerd op de PICO-vraag, waardoor gericht gezocht kan worden naar classificatiesystemen.

Literatuuronderzoek

In het begin zijn we erg breed gaan zoeken naar systematische reviews en RCT's die gebruik maken van classificatiesystemen. We hebben alle synoniemen van ons zoekschema verbonden met 'OR' en trefwoorden uit de PICO-vraag met 'AND'. Een zoekactie ziet eruit zoals in *tabel 3* is weergegeven. Vanuit hier zijn we steeds specifiekier gaan zoeken door middel van specifiekere zoekacties. We zijn specifiekier gaan zoeken door bijvoorbeeld minder vaak synoniemen te verbinden met 'OR' en alleen te zoeken op de titel en samenvatting. De literatuurlijst van systematische reviews hebben we gebruikt om tot nieuwe RCT's te komen. Na enige tijd kwamen wij geen nieuwe RCT's meer tegen. De systematische reviews die we nog vonden, bevatten ook geen RCT's meer die wij nog niet hadden gevonden. Vanaf dit punt hebben we besloten om door te gaan naar de beoordeling van de artikelen.

De artikelen zijn in eerste instantie geselecteerd op of het design een RCT of artikel met een andere uitkomstmaat betreft, omdat dit soort artikelen meegenomen kunnen worden in een meta-analyse. De artikelen met een andere uitkomstmaat beschreven een gemiddelde en betrouwbaarheidsinterval of standaarddeviatie. Wanneer dit afwezig is, kan er niet gepoold worden (Ostelo, onderwijs in wetenschap, 2012). Het nadeel was dat deze artikelen allemaal een kappa als uitkomstmaat hadden. Kappa bekijkt de verwachte overeenstemming tussen onderzoekers/behandelaars die dezelfde behandelstrategie (in dit geval een classificatiesysteem) toepassen (Ostelo, 2012). In deze systematische review wordt onderzocht of een classificatiesysteem invloed heeft op pijn of functioneren. Daarom hebben we de artikelen met een andere uitkomstmaat eruit gehaald en zijn alleen de RCT's beoordeeld op de checklisten. De artikelen met een andere uitkomstmaat geven geen antwoord op onze onderzoeksvraag.

We hebben ervoor gekozen om de artikelen met twee personen onafhankelijk van elkaar te beoordelen, zodat we de mening van twee personen konden vergelijken voordat er een uiteindelijke beslissing werd genomen. Het kan zijn dat een persoon een selectie criterium of beoordelingspunt over het hoofd ziet. Wanneer we met twee personen hetzelfde artikel beoordelen is de kans groot dat de andere persoon dit selectie criterium of beoordelingspunt wel ziet, op deze manier is de beoordeling betrouwbaarder.

De artikelen zijn door een externe persoon verdeeld over de twee subgroepen. Op deze manier waren de beoordelaars niet op de hoogte van welke artikelen ze zouden gaan beoordelen en was er geen voorkeur mogelijk.

We zijn begonnen met de selectiecriteria. Individueel hebben we gekeken of de artikelen aan minimaal vier van de vijf selectiecriteria voldeden. Na de individuele beoordeling zijn de twee personen in een subgroep bij elkaar gekomen om de resultaten van de individuele beoordeling te bespreken. Samen is de keuze gemaakt of het artikel wel of niet aan de selectiecriteria voldeed.

Nadat de artikelen zijn beoordeeld op de selectiecriteria hebben we de overgebleven artikelen beoordeeld met behulp van de Cochrane RCT Checklist en de TIDieR Checklist. Dit beoordelen is ook eerst individueel gedaan en vervolgens in tweetallen besproken. Samen hebben de personen van de subgroep een definitieve versie van de checklisten gemaakt. Nadat dit was gedaan zijn de subgroepen samengekomen om de definitieve resultaten te bespreken.

Tabel 3: weergave zoekacties

Zoekactie	Aantal hits	Database	Opmerkingen	Datum zoekactie	Gevonden literatuur
((((((((((movement system impairment) AND regular physiotherapy) OR regular physical therapy) OR normal physiotherapy) OR formal physical therapy) OR traditional physiotherapy) OR traditional physical therapy) OR standard physiotherapy) OR standard physical therapy) OR placebo group) OR Placebo[all]	214717	PubMed	All fields	29 maart 2016	Geen relatie met lage rugpijn
((movement system impairment) AND Regular physiotherapy) OR Regular physical therapy	4489	PubMed	All fields	29 maart 2016	Geen relatie met lage rugpijn
((movement system impairment[Title/Abstract]) AND Regular physiotherapy[Title/Abstract]) OR Regular physical therapy[Title/Abstract])	18	pubMed	Title/abstract		Geen resultaten passend bij onderzoeksvraag
(Movement system impairment[Title/Abstract]) AND low back pain[Title/Abstract]	17	pubMed	Title/abstract	29 maart 2016	1. artikel in RCT in refworks 2. artikel in RCT in refworks 3. Effects of low back pain stabilization or movement system impairment treatments on voluntary postural adjustments: a randomized controlled trial. (Lomond, K.V.)
Movement system impairment[Title/Abstract]	19	PubMed	Title/abstract	29 maart 2016	1. RCT Hnery, outcomes non-matched, staat nu in RCT in refworks. Rest is vergelijkbaar met vorige zoekactie//niet gerelateerd aan lage rug.
Title/abstract: Movement system impairment	6	PEDro	Title/abstract	29 maart	1. artikelen staan al in refworks

Body part: lower back/SI			'AND'	2016	2. artikel Classification-guide verplaatst naar RCT in refworks 3. niet passend bij de onderzoeksvraag
(((((((((treatment based classification) AND regular physiotherapy) OR regular physical therapy) OR normal physiotherapy) OR formal physical therapy) OR traditional physiotherapy) OR traditional physical therapy) OR standard physiotherapy) OR standard physical therapy	26747	PubMed	All fields	29 maart 2016	
(((((((((treatment based classification)[Title/Abstract] AND regular physiotherapy)[Title/Abstract] OR regular physical therapy)[Title/Abstract] OR normal physiotherapy)[Title/Abstract] OR formal physical therapy)[Title/Abstract] OR traditional physiotherapy)[Title/Abstract] OR traditional physical therapy)[Title/Abstract] OR standard physiotherapy)[Title/Abstract] OR standard physical therapy)[Title/Abstract])	77	Pubmed	Title/abstract	29 maart 2016	Niet passend bij de onderzoeksvraag.

VERANTWOORDING PRESENTATIE RESULTATEN

In de resultaten hebben we beschreven hoeveel artikelen we geselecteerd hebben en hoeveel artikelen er vervolgens afgevallen zijn. Om het overzichtelijker te maken hebben we ervoor gekozen om dit in een flow-diagram weer te geven. Hierin is duidelijk te zien hoeveel artikelen bij elke selectie zijn afgevallen.

De resultaten voor pijn en functioneren hebben we los van elkaar beschreven. Dit hebben we gedaan om het zo overzichtelijk mogelijk te maken voor de lezer. In de bijlagen zijn de uitgebreide tabellen en figuren terug te vinden met daarin de volledige resultaten van de analyse. We hebben de figuren toegevoegd aan de bijlagen, omdat deze veel plaats innemen in het artikel, maar hierin is wel de volledige informatie van de resultaten te zien. In de resultaten van de focusgroep hebben we beschreven wat er in de focusgroep is besproken en geconcludeerd. Onder aan dit onderbouwingsverslag is het gehele transcript terug te vinden van de focusgroep (*bijlage 1*).

Nadat we alle gegevens in Review Manager hebben ingevoerd, hebben we gekeken welk classificatiesysteem het beste resultaat geeft volgens de data die is geanalyseerd. Zowel de gepoolde resultaten als de individuele resultaten per artikel zijn bekeken. Het classificatiesysteem met het meest positieve gemiddelde en kleinste betrouwbaarheidsinterval werd op nummer één gezet in de rangorde. Het classificatiesysteem met het minste positieve gemiddelde en grootste betrouwbaarheidsinterval staat op de laatste plaats in de rangorde. Sommige classificatiesystemen hebben per follow-up en uitkomstmaat drie artikelen, andere classificatiesystemen hebben voor dezelfde follow-up en uitkomstmaat maar één artikel. Wanneer dit het geval is, is er ook naar de individuele resultaten per artikel gekeken. Bijvoorbeeld bij functioneren op lange termijn heeft de Mechanical Diagnosis and Treatment het beste gemiddelde met het kleinste betrouwbaarheidsinterval, maar hier wordt maar één artikel geanalyseerd. De Treatment-Based Classification heeft een minder goed gemiddelde met een grotere betrouwbaarheidsinterval, maar hier worden drie artikelen geanalyseerd. Eén van deze artikelen heeft een negatief gemiddelde, maar de andere twee artikelen hebben een positief gemiddelde. In dit geval is er gekozen dat Treatment-Based Classification beter scoort op het gebied van functioneren op de lange termijn, omdat hier meerdere artikelen aanwezig zijn met een positief gemiddelde, ook al is het betrouwbaarheidsinterval groter. Alle vier de forest plots zijn op deze manier bekeken. Met behulp van GRADE krijgen alle uitkomstmaten en follow-ups een gradering van hoog-zeer laag (*tabel 2*).

Tabel 2: Definitie van kwaliteit van bewijs⁸

Kwaliteit	Interpretatie
Hoog	Het werkelijk effect ligt dicht in de buurt van de schatting van het effect.
Matig	Het werkelijk effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
Laag	Het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.
Zeer laag	Het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.

Wanneer de kwaliteit van bewijs afneemt, neemt de validiteit van de uitkomsten af. De volgende vijf factoren kunnen de kwaliteit van bewijs verlagen en worden per uitkomstmaat bepaald:

- ‘1. kans op vertekening door beperkingen in uitvoering en opzet van het onderzoek (risk of bias);
2. inconsistenties in de onderzoeksresultaten (inconsistentie);
3. indirect bewijs;
4. onnauwkeurigheid van het geschatte effect van de interventie;
5. publicatiebias (andere factoren)⁸

Aan de hand van deze factoren worden de resultaten van de meta-analyse versterkt of verzwakt. De classificatiesystemen zijn met elkaar vergeleken aan de hand van de tabellen. Ze zijn beoordeeld op de bovenstaande vijf factoren. Er is bijvoorbeeld gekeken naar risico op bias, bijvoorbeeld gebrekkige randomisatie, en overeenkomst met andere artikelen over hetzelfde classificatiesysteem. Wat voor ons voornamelijk van belang is, is de onnauwkeurigheid van het geschatte effect van de interventie. Als het om fysiotherapeutische studies gaat, ligt de onderzoekspopulatie vrijwel altijd onder de 300 patiënten. Hierdoor krijgt de studie automatisch de gradering zeer ernstig als de spreiding van de betrouwbaarheidsindex ook groot is. Dit heeft tot het gevolg dat de kwaliteit van bewijs in het niveau laag komt. De norm is versoepeld door te concluderen dat een uitkomstmaat een goede kwaliteit van bewijs heeft, wanneer deze niveau hoog-redelijk heeft. Op deze manier wordt het feit dat de studiepopulatie klein is, minder zwaar meegewogen. Door versoepeling van de norm is een eerlijke beoordeling van de kwaliteit van bewijs mogelijk. Wanneer twee systemen gelijk scoorden op niveau van kwaliteit van bewijs, werd gekeken naar de hoeveelheid studies die meegenomen zijn in de analyse en

hoeveel uitkomstmaten in het niveau hoog scoren. Meerdere studies en meerdere uitkomstmaten in het niveau hoog zorgen voor een krachtiger bewijs.

Voor de meta-analyse en de analyse van kwaliteit van bewijs zijn twee tabellen (*zie artikel: tabel 2 en 3*) opgesteld waarin de gemiddelde rangorde per uitkomstmaat wordt weergegeven. Van de rangordes per uitkomstmaat is een algemeen gemiddelde berekend, zo is naar voren gekomen welk classificatiesysteem het hoogste scoort in de meta-analyse. Door het combineren van alle uitkomstmaten wordt de functionaliteit voor de praktijk vergroot.

Tevens zijn deze tabellen opgesteld, omdat niet ieder classificatiesysteem op iedere follow-up resultaten had. Zo hebben de Start Back Screening Tool en de O'Sullivan Classification alleen op korte termijn follow-up resultaten. Door de tabellen kunnen de classificatiesystemen op een eerlijke manier vergeleken worden.

DILEMMA'S

Tijdens dit praktijkonderzoek hebben er meerdere dilemma's plaatsgevonden. Een van deze dilemma's was of wij wel of geen meta-analyse uit konden voeren. In het begin van ons onderzoek was het onduidelijk of er voldoende homogeniteit bestond in de uitkomstmaten en controlegroepen. Om een meta-analyse uit te voeren hebben wij gebruik moeten maken van, voor ons, twee nieuwe programma's. De classificatiesystemen zijn vergeleken op basis van de resultaten met behulp van Review Manager en de uitkomstmaten zijn op kwaliteit van bewijs beoordeeld met behulp van GRADE. Er is voor deze twee programma's gekozen omdat ze beide gratis te downloaden zijn. Daarnaast is Review Manager speciaal ontwikkeld voor het opstellen van systematische reviews en is er de mogelijkheid tot het ontwikkelen van forets plots. Een kleiner dilemma was de overeenstemming in het gebruik van termen, zoals aspecifieke lage rugklachten of aspecifieke lage rugpijn. Uiteindelijk hebben wij voor de term aspecifieke lage rugpijn gekozen omdat deze term het meest gebruikelijk is in de praktijkrichtlijnen⁹.

NAZORG

Ondanks het feit dat dit praktijkgericht onderzoek voornamelijk een literatuurstudie is, hebben wij ervoor gezorgd dat het onderzoek goed is afgerond naar de wensen van de opdrachtgever en de docent-begeleider. Om de communicatie met onze opdrachtgevers helder te houden, zijn tussentijdse afspraken gemaakt waarin besproken is wat de vorderingen van het onderzoek zijn. Tevens is hierin bekend geworden wat de wensen en behoeften van de opdrachtgevers zijn en in hoeverre deze te realiseren zijn. Aan de hand

van een focusgroep zijn de onderzoeksresultaten gepresenteerd en is een advies uitgebracht voor Arcus Fysiotherapie. De conclusie uit de focusgroep kwam uit op een combinatie tussen de Treatment-Based Classification en het psychosociale deel van de O'Sullivan Classification.

Op dertien juni vindt de eindpresentatie plaats aan Arcus Fysiotherapie. De onderzoeksgroep presenteert dan de ingebonden systematische review en het samengevoegde classificatiesysteem. Op 22 juni vinden de presentaties op het symposium van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen plaats. Hiervoor hebben wij onze opdrachtgevers ook uitgenodigd.

TERUGBLIK

Dit praktijkgericht onderzoek heeft bijgedragen aan vele eigenschappen die belangrijk zijn binnen ons beroepsprofiel. Wij hebben ons kunnen ontwikkelen in onze samenwerking, planning en communicatie. Daarnaast hebben we ons kunnen verdiepen in wetenschappelijk onderzoek en lage rugpijn, een klacht die veelvoorkomend is in de eerstelijns praktijk. De samenwerking tijdens ons onderzoek verliep soepel, met open communicatie en de taken zijn gelijk verdeeld. Tijdens dit onderzoek hebben zich dan ook geen problemen voorgedaan op deze vlakken.

In het begin van het onderzoek was het nog onduidelijk welke stappen wij moesten nemen in ons onderzoek. Bij het maken van de onderzoeksopzet en meerder gesprekken met de opdrachtgever en docent-begeleider kregen wij een helder beeld van de indeling van het onderzoek. Hierdoor hebben wij een duidelijke planning kunnen opstellen met interne deadlines. Door de open communicatie stimuleerden wij elkaar om de deadlines te behalen, zodat wij ons aan de planning hebben kunnen houden.

Het maken van een planning bracht ons rust en inzicht in wat er gedaan moest worden. Voor ons heeft het gewerkt dat we iedere doordeweekse dag op dezelfde tijdstippen in het studiecentrum hebben gewerkt. We konden hierdoor gemakkelijk overleggen en taken opdelen.

Voordat we aan het onderzoek begonnen hadden we een doel voor ons ogen, namelijk om iedere week contact te houden met de opdrachtgever over de vorderingen. We hebben uiteindelijk met de opdrachtgever besproken om hem op de hoogte te houden, wanneer er drastische veranderingen zijn, vragen hebben of conceptversies af hadden. Hierdoor is de opdrachtgever op de hoogte gehouden van de belangrijkste zaken in het onderzoek. Dit was beter te realiseren, dan iedere week een mail te sturen.

Het grootste punt wat we graag anders hadden willen doen, is duidelijke afspraken maken voor de analyse betreffende het samenvoegen van follow-ups en uitkomstmaten. In het

begin heeft de analyse met GRADE alle follow-ups apart geanalyseerd. Later moest dit nog samengevoegd worden naar follow-ups op korte en lange termijn, net zoals bij de analyse met Review Manager. Vooraf gemaakte afspraken hadden ons in de analyse tijd kunnen besparen. Doordat we veel met dit programma hebben gewerkt, hebben we veel van de analyse geleerd, zodat we dit soort tijd in de toekomst kunnen besparen.

Voordat we aan dit onderzoek begonnen, hadden we nooit zelf een artikel geschreven. We hebben geleerd hoeveel tijd en precisie dit vraagt, maar ook hoe we toewerken naar een eindresultaat waar wij tevreden over zijn. Daarnaast hebben we geleerd om gebruik te maken van verschillende databases, het beoordelen van artikelen, het interpreteren van resultaten en een conclusie hieruit trekken en ten slotte kritisch te zijn op onszelf en elkaar. We kunnen concluderen dat dit praktijkgerichte onderzoek heeft bijgedragen aan onze communicatieve, organisatorische en fysiotherapeutische vaardigheden.

BRONNEN

1. Ostelo, R. W., Verhagen, A. P., & Vet, H. d. (2012). *Onderwijs in wetenschap: Lesbrieven voor paramedici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
2. Cochrane Netherlands (2014). RCT Checklist. Gedownload op 15 maart 2016, van <http://netherlands.cochrane.org/sites/netherlands.cochrane.org/files/uploads/4.4%20Checklist%20Beoordeling%20randomsed%20controlled%20trial%20%28RCT%29.pdf>
3. Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., ... & Lamb, S. E. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *Bmj*, 348, g1687. Gedownload op 14 maart 2016, van <http://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2014/03/TIDieR-Checklist-PDF.pdf>
4. Apeldoorn, A. T., Ostelo, R. W., van Helvoirt, H., Fritz, J. M., Knol, D. L., van Tulder, M. W., et al. (2012). A randomized controlled trial on the effectiveness of a classification-based system for subacute and chronic low back pain. *Spine* (03622436), 37(16), 1347-1356 10p.
5. Higgins, J.P.T; Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*: 9.2.3.2. The standardized mean difference. Gedownload op 9 juni 2016, van http://handbook.cochrane.org/index.htm#chapter_9/9_2_3_2_the_standardized_mean_difference.htm
6. Borenstein, M; Hedges, L.; Rothstein, H. (2007). *Meta-Analysis Fixed effect vs. random effects*. geraadpleegd op 9 juni 2016, <https://www.meta-analysis.com/downloads/Meta-analysis%20fixed%20effect%20vs%20random%20effects.pdf>
7. RevMan 5.3 [software voor het maken van Cochrane Reviews] (2014, 13 juni). Nederland: Cochrane. Geraadpleegd van 25 april 2016 tot en met 3 mei 2016, van <http://tech.cochrane.org/revman>
8. Nederlands Huisartsen Genootschap. (2015). *Ontwikkelen van NHG-standaarden*. Gedownload op 26 april 2016, van https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiS5ITlmtTMAhWrKsAKHSr6DHMQFggjMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.nhg.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fcontent%2Fnhg_org%2Fuploads%2Fhandleiding_standarden_2015.pdf&usq=AFQjCNHerTn2z444kRsZA1hpgGrssjsfMw&sig2=HT2ph0-3EwOc4EF6_8BDNw
9. Staal, J. B., Hendriks, E.J.M., Heijnmans, M., Kiers, H., Lutgers-Boomsma, A.M., Rutten, G. et al. (2013). *KNGF richtlijn: Lage rugpijn verantwoording & toelichting*. Gedownload op 23 februari 2016, van https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/richtlijnen/lage_rugpijn_2013/lage_rugpijn_verantwoording_en_toelichting.pdf

Bijlage 1: Transcript focusgroep

Focusgroep opgenomen bij Arcus Fysiotherapie op 9 mei 2016

Deelnemers focusgroep:

Medewerkers Arcus Fysiotherapie: Laurens Brummelhuis (L), Martin Oortwijn (M) en Rita Paalman (R)

Aspirant-onderzoekers: Stephanie Bekhuis (S), Max Jansen (J), Fleur Kuijpers (F) en Annelotte Peek (A)

Medewerker De Rooy fysiotherapie: Joost Wichers (W)

(A) Maar het is wel gelukt uiteindelijk.

(S) Ja, maar vooral omdat het systemen waren waar we niet helemaal bekend mee zijn, omdat we er nooit echt scholing in hebben gehad of zo, in die analyses. We hebben gebruik gemaakt van de GRADE methode en die moesten we even uitvogelen hoe dat moest en ook hebben we Review Manager gebruikt voor de resultaten, om die te analyseren.

(M) Oké

(S) En dat was ook even uitvogelen hoe en wat met alle tutorials filmpjes, maar we zijn er uitgekomen dus het is allemaal goed gekomen. Dus dat hebben we de laatste paar weken vooral gedaan.

(M) Die doet dus de statistische analyse, die Review Manager?

(S) Ja die is echt puur voor de resultaten, wat voor effect het heeft. Maar we liepen er dan wel een beetje tegenaan hoe we het analyseren, omdat de follow-ups niet overal hetzelfde waren. Ja, voor de meeste. Dus toen hebben we uiteindelijk de follow-ups verdeeld in 1 tot 10 weken, 11 tot 26 weken en 27 tot 52 weken, dat je vroeg, midden en laat had. En het was voornamelijk vroeg en laat wat iedereen had. Voornamelijk 4 tot 8 weken en een jaar, waren vooral de follow-ups. En daarnaast hadden ze ook niet allemaal dezelfde meetinstrumenten. Maar we hadden gelukkig wel dat ze of de RMDQ hadden of de ODI of de NPRS, dus daardoor konden we het gelukkig wel weer met elkaar vergelijken. Dus dat scheelde wel.

(M) De Oswestry en welke was die andere?

(S) De Oswestry en de Roland

(M) Oké, ja de Roland.

(S) Disability Questionnaire

(A) Dus wat we eigenlijk hebben gedaan, we hebben vijf stroomdiagrammen meegenomen in de analyse. De Delitto, Start Back Screening Tool, de McKenzie Methode, die van Sahrman en O'Sullivan. En toen hebben we eigenlijk in twee groepen opgesplitst, in tweetallen, en toen hebben we dus die twee methodes toegepast en aan het einde zijn we bij elkaar gaan zitten en hebben we de analyses vergeleken en zo hebben we een top 5 op kunnen stellen voor welk stroomdiagram is nou het beste volgens de literatuur en bij welke is de sterkte van het bewijs het beste en welke heeft het beste resultaat.

(M) Oké

(S) Alleen bij de resultaten kwam dan weer een andere top 5 dan bij, vanuit de GRADE methode, dus uiteindelijk hebben we dan... sowieso hier de uitgeprinte versies. Dan is dit Delitto en dit is de Start Back Screening Tool, de McKenzie methode maar die is iets minder compact, de O'sullivan en de Sahrman. Die hebben we dus uitgeprint zodat jullie kunnen zien hoe die stroomdiagrammen eruit ziet.

(J) McKenzie heeft niet echt een mooi stroomdiagram, maar die heeft een toelichting per stap.

(S) Die heeft, laten we maar zeggen, 3 subgroepen waar patiënten op ingedeeld zijn, van posturaal en disfunctioneel en duration. En daarop hebben ze dan weer een behandeling, dus dat je eerst de patiënten in die 3 onderdelen moet indelen om vervolgens te gaan kijken welke behandeling past daarbij. Zo kwam uit de resultaten, vanuit Review

Manager dus wat Max en ik hebben gedaan, dat de McKenzie methode het beste stroomdiagram zou hebben.

(A) Bij ons, bij GRADE, kwam Delitto eruit.

(S) Dus over het sterkte van bewijs. Toen hebben we gezamenlijk bekeken wat we het belangrijkste vinden. Daaruit kwamen we dat we Delitto, naar ons idee wel weer het beste zou zijn. Omdat we hebben gekeken, sowieso al het sterkte van het artikel is het beste. Dat betekend dat bias...

(A) Ja dat betekent dat je kijkt of het direct bewijs is. Je legt eigenlijk alle artikelen bij elkaar en je kijkt of de conclusies van de onderzoeken overeenkomen of dat er een conclusie is die heel erg afwijkt qua conclusie of onderzoeken ze eigenlijk wat ze zeggen dat ze onderzoeken en gebruiken ze daarvoor de juiste uitkomstmaten en de juiste methodes. Is er sprake van publicatiebias en hoe is de populatiegroep en zijn ze nauwkeurig, hoe ligt de betrouwbaarheidsinterval. Dus dat is met name waar we binnen de GRADE methode naar hebben gekeken. Wat wel lastig is bij fysiotherapie is dat de populatiegroep over het algemeen vrij klein is. En wat een algemene vuistregel is voor de nauwkeurigheid is dat de populatiegroep 300 moet zijn. Ja dat is eigenlijk niet te realiseren, behalve als we onderzoeken samen konden voegen als ze dezelfde follow-up hadden, dan kwam je er soms wel aan. Dus dat hebben we in die zin de regel iets verslapt zodat het goed was als het bewijs viel tussen hoog en redelijk. Ik weet niet of jullie de gradering kennen van GRADE?

(M) Ja

(A) Ja dus hebben we dat tussen hoog en redelijk de kwaliteit van bewijs gewoon goed was, omdat in die zin bij alle onderzoeken de onderzoekspopulatie laag was. En zo hebben we dat eigenlijk in verschillende tabellen in kunnen vullen van... dat hebben we met een programma gedaan, van... en dan kwam er automatische een kwaliteit van bewijs uit en zo konden we kijken van hoe scoort dit stroomdiagram en dan hebben we best wel lang bij elkaar gezeten om te kijken hoe we dit het beste met elkaar kunnen vergelijken. Want we hadden niet voor elk stroomdiagram dezelfde hoeveelheid onderzoeken en dezelfde hoeveelheid uitkomstmaten. En toen hebben we besloten om de uitkomstmaten in te delen in tabellen, hoeveel zitten er bij hoog, hoeveel zitten er bij redelijk en hoeveel zitten er bij laag en hoeveel zitten er bij zeer laag. Daarna hebben we besloten dit om te zetten naar procenten, zodat we het met elkaar konden vergelijken. En dan bekeken hoeveel procent zit er in de hoog tot redelijke groep. Daar kwam uit dat bij Delitto 100% in de hoog te matige groep zit en dat bij de Start Back Screening Tool en Sahrman zit nul procent in de hoog te redelijke groep. Dus dan weet je dat de kwaliteit van bewijs daar al stukken lager is. Toen hebben we het met elkaar kunnen vergelijken en hebben we hier in de conclusie eerst over het algemeen gekeken en daarna alleen voor pijn en alleen voor functioneren gekeken wat het beste eruit zou komen.

(S) Ja, en op die manier hebben we het dan ook met Review Manager gedaan op basis van de resultaten. Daar hebben we gekeken van 1 tot 10 weken en 27 tot 52 weken want daar kwamen de meeste in voor. We hadden één artikel en daar was de follow-up in de middengroep. Maar we hadden zoiets van die wordt niet vergeleken met andere, dus het ging bij ons vooral om de vroege en late follow-up. En daarbij kwam McKenzie op meerdere gebieden op nummer 1. In de tabellen is te zien wie met welke vergeleken worden en wie op welke plek zou staan. Als we dan naar Delitto kijken, die staat daar in de onderste twee rijtjes. En als je dan kijkt naar de ODI op korte termijn is Delitto, staat hij op nummer in als dat hij het beste resultaat gaf, dus de beste afname had. En op langer termijn had Delitto juist op functioneren beter gescoord dan op de pijnscore. Het moet eigenlijk een beetje gekeken worden wat bij jullie de behoeftes meer liggen. En wij hadden zoiets, op zich als we een beetje vanuit stage ervaring keken dan heb je wel dat mensen graag heel snel van de pijn af willen maar functioneren is ook belangrijk, dus Delitto past daar dan wel mooi bij dat daar op korte termijn eigenlijk sneller van de pijn af gaat en op lange termijn functioneren juist weer toeneemt. Dus daarom hadden we eigenlijk samen gekozen, samen met het sterkte van bewijs ondanks dat Delitto bij ons op nummer 2 stond, hadden we toch Delitto

als voorstel. Maar we willen natuurlijk wel weten wat jullie visie daar verder op is en deze is natuurlijk veel gemakkelijker toepasbaar dan de rest.

(M) Nou ja kijk dat is voor ons natuurlijk een van de belangrijkste factoren, ik bedoel het is allemaal leuk dat het er wetenschappelijk het beste uitkomt en dat je statistisch betere verschillen ziet, maar het gaat natuurlijk ook nog eens over de klinische relevantie.

(F) Als je naar de schema's kijkt dan zie je ook dat Delitto het meest overzichtelijke is.

(J) Dat is echt een schema en bij McKenzie is er niet echt een schema over te vinden. Dat staat allemaal een beetje afgeschermd, omdat je dan als McKenzie therapeut opgeleid moet zijn om tot al die schema's te komen. Dus we hebben niet echt een uitgeschreven schema kunnen vinden. En bij Delitto is dat dus wel, veel toegankelijker en veel meer over te vinden wat dat betreft. Daar daarom zou Delitto wat gemakkelijker toepasbaar zijn.

(S) Maar ik weet niet of toevallig... hebben jullie iemand die McKenzie therapeut is of dat niet?

(M) Nee, dus dat wordt al lastig.

(S) Ja, dus dan zouden we dat eigenlijk al kunnen afstrepen.

(W) Ik heb er wel eentje maar.

(M) Ken jij iemand... of kennen jullie iemand en weet je wat het inhoud met modellen en wat dat inhoud.

(S) Ja het is mij... ik heb op stage wel allemaal McKenzie gezien dus ik weet wel een beetje hoe wat waar, maar het is niet dat ze het echt heel specifiek hadden gebaseerd op dat iemand in een posturaal syndroom zit of functie of dat het er helemaal vanaf ligt, maar dat ze wel merken van in welke richting zit de beperking en wat voor patroon is herkenbaar. Bijvoorbeeld bij een posturaal syndroom komt meer een flexie patroon voor, dus dan pakt ze ook meer een manuele verrichting wat dan weer het flexie patroon eruit haalt en dan krijg je meer extensie.

(W) Het is natuurlijk heel mechanisch en als je nou iemand hebt die al een jaar last heeft dan wordt het McKenzie verhaal geen succes, want het is veel meer dan alleen het mechanische verhaal.

(S) Ja dus daarom hadden wij ook zo iets van wat jullie eigenlijk ook al zeggen, het is heel beperkt.

(W) Heel beperkt maar als je de juiste cliënten bij je hebt dan werkt het natuurlijk perfect. Dus ik kan me heel goed voorstellen dat die op de eerste plek komt, maar als je dit doet bij iemand die al een jaar last heeft dan heb je helemaal niks. Maar als er iemand komt die zegt: 'het is er gister ingeschoten', die heeft zo'n patroon en je gaat dan McKenzie doen, dan is het vaak heel effectief. Maar iemand die zegt ik heb al twee jaar last en het zeurt en het kabbelt voort en je gaat dan McKenzie doen dan is het niet alleen mechanisch en veel minder succesvol. Dan zit er een veel groter verhaal omheen.

(S) Ja hij had ook voornamelijk inderdaad op functioneren korte en lange termijn nummer 1, maar goed op langer termijn stond hij automatisch op 1 en op korte termijn werd hij alleen met de Start Back Screening Tool en de O'Sullivan vergeleken. Dus hij kon niet vergeleken worden met Delitto, dus dat vonden we wel weer een beetje jammer.

(W) Ja.

(S) Dus daarin zou je ook kunnen overwegen of...

(M) Als je kijkt naar die Delitto, als ik het goed begrijp dan heeft hij op een gegeven moment ook specifieke oefentherapie, dus McKenzie zit daarbij.

(S) Ja die pakt alles mee.

(W) Dat is ook veel mooier want, dan maak je al een beetje de shift.

(L) Ja, dan maak je al heel duidelijk de shift.

(M) Die McKenzie kan daar wel weer in toegepast worden.

(S) Ja. En daar worden volgens mij ook manuele verrichtingen beschreven. Dat kan zijn McKenzie, omdat ze daar vrij veel manuele verrichtingen doen. Dat wordt daar ook wel

wat meer vrij in gelaten. Maar het is wel zo dat Delitto meerdere factoren, meer biomechanisch model dat hij meeneemt en McKenzie is meer, ja hoe zeg je dat?

(W) Mechanisch.

(M) Ja mechanisch. Biopsychosociaal model, ja dat zit nergens echt helemaal in verwerkt hè.

(W) Nee, maar dat is de moeilijkheid ook.

(R) Maar goed, de grootste groep mensen heb je toch wel, die langdurige chronische pijnpatiënten, heb hebben veel meer daaraan.

(W) Ja alleen dan mis is toch nog een beetje die gele vlaggen.

(R) Die zitten er, ja dat kan ik zo niet zien...

(W) Dat zit wel in dat stuk van O'Sullivan.

(M) Het is wel zo dat bij favours against, dus als je zeg maar die FABQ als die hoog scoort zijn het allemaal tegenfactoren.

(W) Ja.

(M) Alleen bij die specifieke zie ik hem niet erbij staan, maar je zou wel kunnen zeggen van nou weet je, als praktijk hang je er nog een extra kopje aan vast op het moment dat de risicofactoren te hoog worden.

(R) Dat zou je moeten proberen erin te zetten.

(W) Maar dan kan het zijn dat je een afslag maakt naar dit verhaal, van de O'Sullivan.

(M) Ja deze komt het mooiste uit, zeg maar... maar hij is nog niet dekkend.

(S) Maar omdat wij nu natuurlijk alleen maar de resultaten hebben van deze stroomdiagrammen, stel we zouden iets toevoegen, ja dan zijn deze resultaten natuurlijk niet meer geldig.

(M) Nee, nee.

(S) Dus voor verder onderzoek zou je het erbij kunnen toevoegen en bij jullie in de praktijk kunnen toepassen als nader onderzoek. Maar daar kunnen wij helaas niks aan doen.

(M) Ja dan zou je als voorstel, in je discussiestuk een voorstel over kunnen doen dat er naast Delitto ook een afslag zou moeten zijn naar...

(S) De gele vlaggen.

(M) Precies.

(S) Ja want de Start Back heeft natuurlijk laag, midden en hoog.

(M) Ja die doet het op risico hè.

(W) Daar kan je niks aan gaan doen.

(S) Die wordt ook niet helemaal meegenomen. En hij is... het jammer is bij de Start Back heb je heel veel artikelen waar wel gewoon het diagnostische proces wordt onderzocht, maar helaas niet de behandelingen die erbij passen.

(M) Nee.

(J) Daar staat heel weinig over beschreven.

(S) Ja en zelfs in...

(W) Dat is natuurlijk ook wel voor te stellen, want dat kan niet alle kanten op gaan. Dus daar kan je bijna geen onderzoek aan vasthangen.

(S) Nee precies, dat klopt. En daarmee hadden we dus weer het geluk bij Delitto en daarom scoort de Start Back ook gewoon een stuk minder omdat gewoon weinig artikelen...

(M) De Start Back is denk ik ook niet een evaluatieve tool, het is meer een... ja diagnostisch instrument zou je bijna zeggen en niet zo zeer een evaluatief instrument. Dus je kan niet zeggen, kan ik de verschillen opmeten.

(F) We hadden ook maar één artikel waar dat wel bij stond?

(S) Ja.

(W) We hadden toch daarstraks ook dat er iets is wat we in de praktijk ook kunnen implementeren en dan met ons eigen resultaat meten en dan bijstellen. Kijken wat zijn de resultaten en als we dan aan die knop iets draaien, dan worden de resultaten beter, eigenlijk omdat je al lopende, als zo'n zorg pad loopt, je steeds beter zeg maar...

(M) Ik denk dat wij samen wel aan 300 patiënten komen in een jaar tijd.

- (W) Ja, ja als dat dan in de praktijk gaat... ja dat gaat lukken.
- (R) Maar hier heb je inderdaad maar één bron.
- (A) Ja, ja dat klopt.
- (S) Want die deden gewoon niet aan de selectie eisen. Het was sowieso al een stuk minder in vergelijking met de rest, dus dan was de kans dat er eentje afviel ook al een stuk groter.
- (M) Oké. Die boxplot, heb je die ook van Delitto of niet? Want dit is de meta-analyse, boxplot.
- (R) Die ligt daar in het midden.
- (M) Is deze van Delitto?
- (S) Delitto had ook wel veel dat in de plus stond.
- (M) Nou pijn niet in ieder geval.
- (S) Nee, nee die niet nee.
- (W) Ja en dan komt hij weer om de hoek kijken.
- (S) Want die hadden we volgens mij ook al opgeschreven. Nee het is inderdaad korte termijn gaat om de pijn en lange termijn gaat om functioneren. Dit is de Oswestry.
- (W) Dat is de grote beperking van het McKenzie verhaal, dat daar het management verhaal niet in verwerkt is.
- (S) Welke?
- (W) De McKenzie, dat daar niet over coping wordt gepraat. Ja als je het hebt over een zorg pad binnen de praktijk, ja dan hoort dat erbij, dat zijn een van de dingen, dat is onze kracht. Dat moeten we vooral, denk ik...
- (M) Educatie.
- (W) Ja, ja dat is zo belangrijk, dat is de basis.
- (R) En herhaling.
- (M) Wat zeg je?
- (R) Herhaling.
- (M) Ja blijven uitleggen bedoel je?
- (L) Ja, voorlichting.
- (M) Nou, mooi.
- (S) Ja want als je inderdaad kijkt op lange termijn van de ODI, dan heb je ook echt een P waarde van over het algemeen van die 0.003 en bij die andere is dat ook al een stuk minder. Hoger bedoel ik, 0.006, als je kijkt naar... het gemiddelde.
- (M) Ja, want je zit bij Delitto te kijken, ja. Dit is wel typisch dat het gemiddelde echt onder de nul ligt.
- (S) Ja.
- (M) Oh ja bij Fritz hebben ze het ook niet meegenomen.
- (S) Nee, want die had geen NRPS op lange termijn.
- (M) Oh ja, nee.
- (S) En op korte termijn deden Brannan, Fritz en Apeldoorn ook al niet mee, vandaar dat het maar in één boxplot staat. Het is best raar, want het ene artikel heeft wel alles.
- (M) Ja.
- (J) Je kan niet alles mooi met elkaar vergelijken zoals je dat zou willen.
- (M) Niet goed te poolen dan.
- (R) Is er nog onderscheid gemaakt in leeftijd?
- (S) Wij hebben in principe leeftijden van 16 tot en met 65 jaar genomen, omdat daar voldeden ze allemaal wel aan. Of in ieder geval binnen die range. Maar vrijwel geen enkel artikel had mensen meegenomen boven deze leeftijden of eronder, dus.
- (R) Ja ik zie nu staan onder de 40.
- (S) Oh dat was die, ja dat was artikel die had boven de 56 en onder de 56 apart genomen.
- (R) Oké.

- (S) Die had dus niet alles gezamenlijk genomen maar die had onderscheid gemaakt in boven de 54, of ja 54 en onder de 54 jaar. Maar dat had de rest niet gedaan, die had gewoon samengenomen en vaak de middelste leeftijd beschreven.
- (R) Ja, maar dat kan dan wel verschil uitmaken.
- (F) Veel papier werk zo.
- (M) Ja het is even goed kijken. Jullie zitten er midden in.
- (S) Ja voor jullie is het natuurlijk nog even kijken. Hier is nog een overzicht waarop te zien is wat we allemaal met elkaar hebben vergeleken. Van de boxplotten.
- (L) Voeg daar maar het nummer aan toe van Zutphen en Winterswijk.
- (M) Gemodificeerde...
- (L) Ja precies.
- (L) Combinatie van Delitto en O'Sullivan.
- (F) Dat zou wel mooi zijn.
- (M) Ja maar het gaat wel die kant op.
- (S) Dat dat een mooie combinatie zou zijn.
- (M) Ja het lastige van O'Sullivan, als je het op inhoud bekijkt, vind ik zeg maar van iemand met een flexie patroon of iemand met een extensie patroon om dat goed te herkennen en dan daar ook eenduidig afspraken over te maken. Je zit toch heel veel in die flexie patronen en extensie patronen, dat is die O'Sullivan toch?
- (W) Ja, ja.
- (M) Maar kijk, dat stukje educatie vind ik daar wel weer een aardige rol in.
- (W) Dat wordt wel een uitdaging, om dat niet te laten bijten met het...
- (F) Je zou ze eigenlijk aan elkaar moeten koppelen.
- (W) En dan moet je er je eigen verhaal van maken. Want dit stukje management ook ergens uithalen.
- (M) Ja en eigenlijk zou je moeten kijken van welke stukje klinimetrie doe ik vooraf om te kijken van ga ik iemand een stukje van de educatie aanbieden ja of nee. Ik denk dat als je kijkt, dan zou je iemand een IPQK kunnen laten invullen of een PCI laten invullen, zo'n soort vragenlijst en dat je dan gewoon kijkt van op basis daarvan, op een FABQ of IPQ-K of allebei...
- (L) Wat zei je net?
- (M) Fear-avoidance Beliefs Questionnaire. Dus hoe denkt iemand erover. Is hij vermijdend, dat soort dingen. De fear-avoidance beliefs. De IPQ is die illness perception questionnaire waar je veel open vragen stelt. Je kan er geen score aan hangen maar je kijkt wat is nu aan de hand.
- (L) Hoe groot is de lijst?
- (M) De 'K' staat voor kort, dat zijn 10 vragen.
- (R) Ja, je hebt er twee toch, ook een langere versie nog?
- (M) Ja, maar dat is die Paul van Wilgenhoek, die haalde toen die IPQ-K aan. Van Jo Nijs en van Willigen gebruiken die lijst om gewoon in te schatten. Kijk hoe moet je dat dan gaan implementeren, hoe moet je dat dan gaan inzetten, ja dat is dan denk ik al voordat je je anamnese doet.
- (L) Ja voordat ze hier komen dat ze het al ingevuld hebben.
- (M) Ja. Stel dat iemand met lage rugklachten komt, laat hem maar een half uur eerder komen of een uur eerder komen, voordat de intake wordt afgenomen.
- (W) En dan heb je een 10 minuten gesprekje, bewijze van spreken.
- (L) Ja en dan moet je nog een keuze maken naar welke therapeut de patiënt gaat.
- (W) Wat voor profiel moet het worden.
- (F) Of je zou hem van te voren moeten mailen, digitaal invullen en dan...
- (R) Dat heeft zijn voor en zijn tegens natuurlijk, want ze gaat het samen invullen of ze laten het invullen en dan krijg je een heel ander resultaat.
- (S) Dat is zeker waar, dat zie je ook met ouderen mensen.
- (W) Maar dat zijn we de soort vragenlijsten ja, want dan weet je hoeveel werk je op dit stuk hebt.

- (M) En moet je nou, als iemand een acute rugpijn heeft, van vorige week erin geschoten heeft, moet je daar misschien niet mee lastig vallen. Tenzij je begint te twifelen van nou...
- (R) Als het de vierde keer is binnen...
- (M) Ja, nee dan wordt het al een ander verhaal.
- (W) Ik denk dat je dit inderdaad moet wegzetten voor mensen die inderdaad...
- (M) Ja langer dan 12 weken.
- (W) Of mensen die inderdaad al een andere behandeling hebben geprobeerd en niet effectief, dat je het op die manier ook verkoopt dat je niet zomaar rugpijn hebt.
- (M) Het duurt al een tijd.
- (W) Ja, dan snappen ze het beter, want anders als ze vijf vragenlijsten moeten invullen dan ben je ze kwijt.
- (M) Ja ik heb dus bij die... bij die acute mensen moet je dat niet doen.
- (W) Maar ik denk ook dat je het op de website ook een verhaal over kunt wegschrijven van voor welke categorie dit bedoeld is. Je tilt het naar een ander niveau, dan is het ook niet voor die standaard mensen. Dat is iets te veel.
- (M) Iemand die zijn enkel verzwikt hoeft je niet heel zijn hele doop door te lichten.
- (R) Maar is er ook een verklaring voor waarom ze hier de gele vlaggen niet meenemen.
- (M) Dat is lastig, het maakt het lastig en daarom sluiten ze dat uit. Dat is met bijna alle onderzoeken.
- (R) Ja oké, maar dat is vaak wel de essentie van het hele gebeuren.
- (M) Maar dat is het probleem van de externe validiteit ook van dit soort onderzoeken.
- (L) En daarom zou het een combinatie moeten worden.
- (S) Ja dat zou het mooiste zijn.
- (M) Al die onderzoeken, bijna niemand die hier diabetes erbij in doet, of reuma.
- (A) Ja dat wordt allemaal bij de exclusie criteria beschreven.
- (M) Maar die patiënten zien wij hier niet. Ze hebben allemaal diabetes, of ze hebben reuma of een hoge bloeddruk of ze hebben dit of ze hebben dat. Ze hebben allemaal wel iets. En dat wordt hier allemaal uitgefilterd en daarom komen ze ook op 300 patiënten.
- (J) Ja de exclusie criteria zijn altijd groot in deze onderzoeken.
- (M) Maar het hoeft elkaar ook niet te bijten. Je kan het programma zo instellen dat dat stukje erbij komt, op maat.
- (S) Ons voorstel zou dan kunnen zijn dat, want Delitto ging dan naar de rest, de voorkeur van het stukje van O'Sullivan erbij.
- (M) Ja het educatiestukje.
- (W) Dat kan op coping zijn, maar met die vragenlijsten kan je het er eventueel uithalen, maar het kan ook gaan over pijn, dat bijvoorbeeld iemand informatie nodig heeft over pijn. En dan is het de uitdaging voor ons als praktijk of we dat in kunnen vullen. En dat kan, want deze beide praktijken hebben we daar, ja kennis over. En dan wordt het ook heel erg mooi en gaat het ook echt werken.
- (A) Ja en daarmee kan je je dan ook onderscheiden van de andere.
- (W) Ja, ja ook.
- (A) Een toegevoegde waarde geven aan cliënten.
- (R) Ja, maar ook een stukje educatie wat je zegt. Mensen hebben ook altijd, ze moeten oefenen, maar als ze dan hier moeten zitten om uitleg te krijgen, dat zien ze dan niet als een behandeling. Dus dat je dat dan gewoon probeert te veranderen. Maar je moet snappen waarom iets werkt zoals het werkt. Dat is heel veel uitleg. En dat vind je hier natuurlijk nergens in terug.
- (W) Nee, maar dat is met Paul van Wilgenhoek, tenminste bij ons zei hij dat toen ook dat je al vrij vroeg met iemand bespreekt van het kan anders gaan als dat je tot nu toe hebt gehad, sta je hiervoor open.
- (R) Ja.
- (W) Dat hij echt open staat voor andere strategie.

- (R) Ja, aanpak ja.
- (W) En dat is met dit dadelijk ook wel een beetje het geval.
- (M) Motivational interviewing komt dan weer om de hoek kijken
- (W) Ja.
- (M) Mag ik me op de manuele therapie blijven richten?
- (L) Jij zit aan de voorkant.
- (M) Ja, ik deel ze wel in. Nee maar het is wel terecht wat jullie zeggen, daar valt of staat het mee, ik bedoel bij de begin zorgen als iemand ervoor open staat. En dat moet gewoon terugkomen.
- (L) Ja, dat is echt een ontzettend belangrijk onderdeel.
- (W) Ja, je moet het gewoon... je moet er wat mee wil je verder komen, betere zorg, beter product aanbieden wil je... omdat het lastig is om het te laten liggen. Ja het hoort er gewoon bij.
- (L) Ja, daar onderscheid je je mee, want anders wordt het lastig.
- (R) Maar dat maakt het wel ook heel leuk en heel... ik bedoel anders kan je iedereen wel hetzelfde oefenprogramma geven, maar dat heeft helemaal geen zin.
- (M) Nee, iedereen op een stoel zetten na een spinal mouse meting en dan..
- (R) Haha, ja inderdaad.
- (M) Ja, maar het gebeurt, het gebeurt.
- (W) Ja zeker, ik heb vijf maandjes in Duitsland gewerkt en daar werd iedere rug cliënt met een oefenbed behandeld, zo'n kussen en daar werden ze dan met de benen opgelegd en dan gingen ze oefeningen doen. Dat was het, dat was het. Het werkte. Maar er is vast geen onderzoek naar gedaan.
- (S) Ja, want ik had eigenlijk nog een vraag, want verwachten jullie dan straks bij ons voorstel, want natuurlijk dit is ons wat er dan onze conclusie is eigenlijk een combinatie van Delitto komt het beste uit de resultaten en volgens jullie komt dat ook redelijk overeen, alleen mist het stukje management van het stukje bijvoorbeeld van O'Sullivan. Zien jullie dan het liefste straks terug dat we gecombineerd aan jullie voorstellen, of?
- (L) Pan klaar, pan klaar bij ons neerleggen.
- (M) Ja.
- (S) Ja, want willen jullie dat we een soort stroomdiagram laten zien van oké zo komt het er straks uit te zien. Misschien dat jullie dat.
- (L) Dat is wel het meest handige.
- (W) Een voorstel zou natuurlijk geweldig zijn.
- (L) Maar dat is wel ontzettend lastig.
- (S) Even kijken of het lukt maar.
- (M) Maar als je zegt het liefst, ja het liefst wel. Maar haalbaar, dat moet je inschatten.
- (S) Ja precies.
- (L) Je gaat eigenlijk de scherpe kantjes in de praktijk bekijken.
- (S) We moeten het sowieso beschrijven, want dat is het hele doel van deze focus groep laten we maar zeggen. Maar stel het lukt en we hebben er een leuk voorbeeld bij, zou dat dus het mooiste zijn.
- (W) Ik denk dat het voor jullie ook gewoon heel leerzaam is.
- (S) Ja, voor ons zou het ook fijn zal als we een beetje een beeld.
- (W) Dan heb je niet alleen maar droge kost, maar dan heb je ook echt gewoon hoe kan het dan uiteindelijk, want daar gaat het om, hoe zou dat nou kunnen werken.
- (S) Alleen het probleem is denk ik, wat dan wel is van, dat wij denken van was is is volgens ons het beste en niet gebaseerd op literatuur, maar dat kan ook haast niet.
- (M) Nee, maar dat is ook... je zou ook in je discussie kunnen meenemen dat het op basis van klinische expertise, dat we met een aantal mensen die al langer in de praktijk werken toch iets missen in dit stukje.
- (W) Maar is er bijvoorbeeld op het gebied van pijn wel, maar dan moet je weer een ander literatuuronderzoek doen, daar is ook op het gebied van pijn educatie van wat was het, 30 of 50 minuten net zo effectief is als 6 weken trainen. Dat zal ook weer zijn bij een

bepaalde groep. Dat is met alles. Maar wat voor ons juist de uitdaging is om met de juiste vragenlijsten net die groep eruit te vissen bij wie we pijneducatie moeten doen, en bij een ander hoeft dat niet. Maar als jij chronisch pijncliënt bent en je heb hele verkeerde ideeën over pijn, dan kan pijneducatie, en het klikt, van dat moment gaat het lopen. Die mensen kennen wij ook in de praktijk, het loopt het niet zo goed en dan heb je een gesprek gehad en vanaf dat moment loopt het ineens.

(M) Ja, zeker. Dan moet je dus niet de mensen hebben die zeggen: 'ja maar, ja maar, ja maar'. Die willen het dan nog niet horen. Maar mensen die zeggen: 'oh, werkt dat zo, oké oké. En dan ga je in een keer...

(L) Ja, maar die moet je ook over de streep trekken.

(M) Ja uiteindelijk wel. Maar goed weet je... dit is die Delitto.

(S) Ja.

(M) Direction of preference.

(W) Ja, dat is gewoon het McKenzie stuk.

(M) Ja.

(W) Alleen, als je alleen dit hanteert dan wil het nog wel eens dat mensen in verschillende subgroepen kunnen passen.

(M) Ja klopt.

(W) En dat is dan weer het lastige.

(M) Ja. Want hier staat bijvoorbeeld bij spinal manipulation nu niet de kortere duur bij, bij Fritz wordt hij nog minder dan 16 dagen. Maar hier wordt hij niet meer in meegenomen.

(W) Oh nee, oh.

(M) Wel bij... oh hier... Nee daar staat hij ook niet.

(L) Maar mijn voorstel zou ook zijn om op zo weinig mogelijk subgroepen uit te komen.

(W) Ja. Maar volgens mij dit met een coping en een gele vlaggen en een pijn...

(R) En een acuut, subacuut.

(M) Dit zou in principe je schema kunnen zijn, maar er hangt nog iets boven of naast zeg maar. En dat je zegt dat je voor dat je hier gaat wil ik ook iets weten over iemand zijn gedachten. Dus dit is zeg maar je biomechanische behandelstrategie en dan moet je ook een stukje coping en illness believes, moet je kijken is daar nog iets extra's nodig. En dat kun je eigenlijk overkoepelend of er naast, ja er naast of er onder zetten.

(W) Want ik, zoals met die stress patronen, die flexie stress patronen heeft ook wel wat overlap met die McKenzie. Bij die McKenzie is het meer... hoe noemen ze dat ook alweer... de referred pain. Dus je maakt een beweging en de referred pain wordt minder. Dat doen ze het liefst. En dat hebben ze hier weer niet, hier is het gewoon iemand wil niet naar flexie. Dat is het dan. Dus daar zit dan iets een verschilletje in. Wij hebben dan zo'n McKenzie therapeut, wanneer doe je dat dan. Ik mag toch hopen dat je dat niet bij alles doet. Zelf in de praktijk als eens meegemaakt, een McKenzie therapeut en die deed gewoon extensie oefeningen, want dat is ook nog weer zo. Heel veel mensen denken McKenzie is extensie, maar dat hoeft helemaal niet. Maar dan is het zo, we gingen extensie oefeningen doen en die persoon had kalen, dus dan ging je ook nog eens facettaire impact geven. Dat ging veel slechter, maar gewoon blijven doen, want het McKenzie verhaal. Gewoon dit hè.

(R) Ja gewoon blind.

(W) Ja dat werkt niet.

(M) Maar daar moet je ook altijd voor waken, wat voor soort stroomdiagram je ook hebt, dat blijft altijd fingerspitsen gevoel.

(A) Ja het is eigenlijk ook wat jullie in het begin ook zeiden, dat je niet vast zit aan een bepaalde behandelrichting dat je... geen hokjes mentaliteit.

(M) Nee, geen hokjes mentaliteit. Het moet studerend zijn, richting gevend zijn maar niet vast zitten aan. Uiteindelijk moet die patiënt tevreden de deur uit, hoe dan ook. Oké, kunnen jullie daar wat mee of niet?

(A) Ja, ik denk het wel.

(S) Ik denk dat we een goede conclusie hebben zo.

- (M) Mooi.
- (A) En een stukje vanuit de literatuur toch gekomen en ja vanuit de klinische expertise. Ja ik denk dat we daar wel een goede conclusie over kunnen schrijven.
- (W) Ja en waar de literatuur ophoudt, daar vullen we het zelf verder in. Het kan niet anders.
- (S) Ja dit is wat er uit het onderzoek is gekomen en gecombineerd met dit verhaal kunnen we mooi samen één conclusie schrijven.
- (W) Precies.
- (S) En dan is dat de conclusie van het gehele onderzoek. Dan is het voor ons eigenlijk alleen maar het artikel schrijven en dan zijn we...
- (W) Klaar.
- (M) Oh, alleen maar dat even.
- (S) Ja, geen probleem.
- (J) Daar gaat nog wel wat tijd in zitten, maar dat komt wel goed.
- (L) Jullie liepen toch voor de laatste keer?
- (F) Ja en nu lopen we op schema.
- (J) Door de analyse hebben we een paar dagen vertraging opgelopen. Dus het kwam goed uit dat we een paar dagen voor liepen.
- (R) Ja dat is ook lastig.