

## Is functionele oefentherapie in combinatie met gedragsgeoriënteerde therapie aan te bevelen voor de behandeling van patiënten met chronische a-specifieke lage rugklachten?

Femke Grievink & Kirsha Kamphuis

**Vraagstelling.** Is functionele oefentherapie in combinatie met gedragsgeoriënteerde therapie aan te bevelen voor de behandeling van patiënten met chronische a-specifieke lage rugklachten?

**Methode.** In Medline (Pubmed), Cochrane en Pedro is gezocht naar artikelen over functionele oefentherapie en gedragsgeoriënteerde therapie in combinatie met chronische a-specifieke lage rugklachten.

**Resultaten.** In diverse artikelen wordt oefentherapie geadviseerd bij chronische a-specifieke lage rugklachten.<sup>4,7,8,9,15,16</sup> Functionele oefentherapie wordt echter nergens in de literatuur als zodanig beschreven. Bij andere chronische aandoeningen wordt wel naar de doelstelling van functionele oefentherapie gestreefd.<sup>10,22</sup> Graded activity lijkt effectiever te zijn ten opzichte van een wachtlijstgroep. Een combinatie van deze twee lijkt niet effectiever te zijn dan de afzonderlijke therapie.<sup>17,18</sup>

**Aanbeveling.** De auteurs zijn van mening dat er meer onderzoek dient te worden gedaan naar de effectiviteit van (functionele) oefentherapie, graded activity en een combinatie van deze twee bij chronische lage rugklachten.

### Inleiding

In deze literatuurstudie wordt besproken of functionele oefentherapie in combinatie met gedragsgeoriënteerde therapie aan te bevelen is bij patiënten met chronische a-specifieke lage rugklachten.

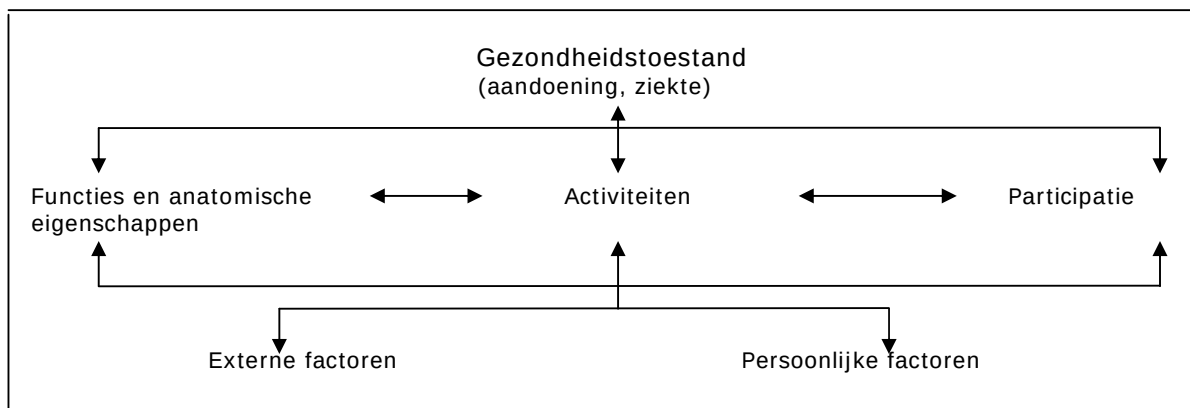
In fysiotherapiepraktijken worden veel patiënten behandeld met chronische a-specifieke lage rugklachten. De behandeling van deze patiëntengroep blijkt in de praktijk echter zeer divers. In de KNGF-richtlijn Lage-rugpijn (2005)<sup>1</sup> wordt behandeling middels oefentherapie aangeraden. Welk vorm van oefentherapie dient te worden aangeboden is niet duidelijk. Naast oefentherapie wordt in deze richtlijn ook gesproken over gedragsgeoriënteerde therapie. Een eenduidige formulering van wat gedragsgeoriënteerde therapie inhoudt, ontbreekt echter. In dit artikel wordt uitvoerig stilgestaan bij deze vorm van therapie door middel van een literatuurstudie. De laatste jaren wordt bij veel chronische klachten functionele oefentherapie

geadviseerd. In de KNGF-richtlijn Lage-rugpijn worden hier geen concrete voorbeelden van gegeven.

Om deze twee redenen zijn de auteurs een literatuurstudie gestart waarbij geprobeerd wordt meer wetenschappelijke informatie te verkrijgen over functionele oefentherapie en gedragsgeoriënteerde therapie. Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag:

*Is functionele oefentherapie in combinatie met gedragsgeoriënteerde therapie aan te bevelen voor de behandeling van patiënten met chronische a-specifieke lage rugklachten?*

In het artikel zal eerst aandacht worden geschonken aan functionele oefentherapie bij artrose, reumatoïde artritis en chronische a-specifieke lage rugpijn. Vervolgens wordt de gedragsgeoriënteerde therapie besproken en wordt deze vorm van therapie gekoppeld aan lage rugklachten. Tot slot worden beide interventies samen genomen wat zal leiden tot een discussie en een aanbeveling.



**Figuur 1.** ICDH-model

## Introductie

Er is bewijs dat het behandelen van patiënten met chronische lage rugpijn effectiever is dan geen behandeling. In de KNGF-richtlijn Lage-rugpijn wordt geadviseerd een gevarieerd oefenprogramma aan te bieden. Hoe dit oefenprogramma eruit moet zien, is echter niet duidelijk. Naast het oefenprogramma wordt gedragsgeoriënteerde therapie geadviseerd. Het is onduidelijk welk type therapie het meest effectief is.<sup>1,17,18</sup>

Bij chronische lage rugpijn is er geen aanwijsbare oorzaak aanwezig. Dit maakt het moeilijk om op stoornisniveau te behandelen. Naar het ICDH model (figuur 1) kijkend, zijn het activiteiten- en participatieniveau de behandelbare grootheden. Naast oefentherapie krijgt de fysiotherapeut in diverse KNGF-richtlijnen<sup>1,2,22</sup> het advies gedragsmatige principes toe te passen bij patiënten met chronische (aspecifieke) klachten.<sup>13</sup>

## Oefentherapie

De Gezondheidsraad (2003)<sup>6</sup> heeft oefentherapie gedefinieerd als: "Het teweegbrengen van spiercontracties en bewegingen van het lichaam, om zo het functioneren van een persoon te verbeteren, zodat deze de activiteiten van het dagelijks leven kan (blijven) uitvoeren. Met de toepassing van oefentherapie wordt getracht stoornissen op te heffen, functies van het bewegingsapparaat te verbeteren, de gezondheidstoestand te handhaven en het disfunctioneren van het bewegingsapparaat te voorkomen." Echter, binnen deze definitie zijn verschillende vormen van oefentherapie te plaatsen. De onduidelijkheid over wat oefentherapie inhoudt, heeft als gevolg dat

het voor fysiotherapeuten moeilijk lijkt één lijn te trekken bij de behandeling met oefentherapie.<sup>1</sup>

## Functionele oefentherapie

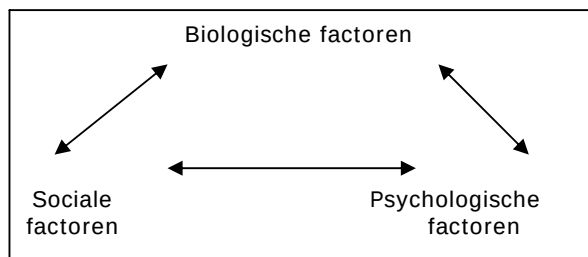
Het begrip functionele oefentherapie is te omschrijven als: "Oefentherapie welke gericht is op het verbeteren van beperkingen van activiteiten in het dagelijks leven" (eigen definitie). Het uitgangspunt bij functionele oefentherapie komt te liggen op het gebied van de beperkingen die de patiënt ervaart in het dagelijks leven. Deze beperkingen moeten getraind worden, dus wanneer een patiënt beperkingen ondervindt tijdens traplopen, moet het traplopen geoefend worden. Een voorwaarde voor traplopen is een goede spierkracht. Deze spierkracht is echter een subdoel van de behandeling en is voorwaardenscheppend.

De definitie van functionele oefentherapie is specifiek geformuleerd dan de definitie voor oefentherapie, wat ervoor zorgt dat er minder vormen van oefentherapie onder functionele oefentherapie vallen. Dit zal leiden tot meer duidelijkheid over de vorm waarin oefentherapie gegeven dient te worden en meer eenstemmigheid binnen de fysiotherapie.

## Gedragsgeoriënteerde therapie

In de jaren zeventig werd geleidelijk duidelijk dat naast biologische factoren ook sociale en psychologische factoren van belang zijn binnen de behandeling van chronische pijn. De toen bestaande biomedische modellen bleken onvoldoende mogelijkheden te bieden voor diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische pijn. Het werd duidelijk dat psychologische variabelen pijn

kunnen beïnvloeden. Met dit in het achterhoofd ontstond het biopsychosociale model (figuur 2). Hieruit volgde de cognitief-gedragsgeoriënteerde behandeling.<sup>5</sup>



**Figuur 2.** Biopsychosociaal model

### Graded activity

Graded activity, waarvan de oorsprong ligt in de operante leertheorieën, is binnen de cognitief-gedragsgeoriënteerde aanpak één van de behandelmiddelen waar de fysiotherapeut gebruik van kan maken binnen oefentherapie. Voor fysiotherapeuten ligt deze methode het meest voor de hand, omdat het (bewegings)gedrag hierbij het aangrijpingspunt is.

Graded activity is gericht op gedragsverandering bij de patiënt, uitbreiding van het activiteitsniveau ondanks de aanwezige pijn en niet op het bereiken van fysiologische en/of anatomische adaptatie.<sup>1,5</sup> Graded activity is een gestructureerde behandeling, gericht op een tijdcontingente, stapsgewijze toename van het niveau van functioneren van de patiënt in de domeinen activiteiten en participatie.

### **Methode**

De eerste stap bestond uit het bestuderen van de drie belangrijkste richtlijnen voor chronische a-specifieke lage rugklachten: de KNGF-richtlijn, de richtlijn van het CBO en de NHG-standaard. Vervolgens is gestart met het zoeken van geschikte artikelen op wetenschappelijke pagina's; Medline (Pubmed), Pedro en Cochrane. Hiervoor zijn de volgende zoektermen gebruikt: 'low back pain', 'chronic low back pain', 'non-specific', 'behavior therapy', 'exercise therapy', 'physical therapy' en 'daily activities'. Hiernaast zijn de volgende limits ingesteld: 'published in the last five years', 'all adults', 'human', language: English, Dutch, German. De te gebruiken wetenschappelijke artikelen moeten voldoen aan de volgende inclusiecriteria: 1) volwassenen met chronische a-specifieke lage rugpijn, te

definiëren als: "pijn in de lumbale of sacrale regio die langer dan 12 weken aanwezig is en waarvoor geen duidelijke oorzaak aanwijsbaar is"<sup>1</sup> 2) Gedragsgeoriënteerde therapie, te definiëren als "therapie gericht op verandering van het (pijn)gedrag en uitbreiding van het activiteitsniveau van de patiënt waarbij gebruik wordt gemaakt van een tijdcontingente aanpak en een actieve participatie van de patiënt",<sup>5</sup> en 3) (functionele) oefentherapie, "lichamelijke activiteit welke gericht is op het verbeteren van beperkingen in activiteiten en participatieproblemen" (eigen definitie), zijn de gebruikte interventies in de onderzoeken. Artikelen werden geëxcludeerd wanneer 1) het artikel alleen acute rugklachten beschreef, 2) alleen pijn als uitkomstmaat wordt beschreven, 3) er geen uitkomstmaat op het gebied van activiteiten uit het dagelijks leven werd gebruikt.

### **Resultaten**

#### **Chronische aandoeningen en (functionele) oefentherapie**

Bij veel chronische aandoeningen staan de probleemgebieden die de patiënt ondervindt centraal. Dit houdt in dat het behandeldoel, dat in eerste instantie vaak gericht was op stoornisniveau, verplaatst is naar de problemen die de patiënt ondervindt in het dagelijks leven. Het accent van de behandeling is dus verplaatst naar het activiteiten- en participatieniveau. Bij chronische aandoeningen als artrose en reumatoïde artritis (RA) wordt functionele oefentherapie geadviseerd als behandeling.

#### Artrose

Er is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van oefentherapie bij artrose van heup en/of knie. Uit diverse artikelen blijkt dat oefentherapie op de korte termijn effectief is.<sup>14,22</sup> Op de korte termijn leidt oefentherapie tot het verminderen van pijn, een verbetering van fysiek functioneren en verbetering van de zelf te ervaren effectiviteit.<sup>14</sup> Op de lange termijn vervagen deze effecten, maar hier is minder onderzoek naar gedaan. De KNGF Richtlijn Artrose(2005)<sup>22</sup> bevestigt nog maar eens dat oefentherapie zinvol is bij artrose van heup en/of knie.

In de KNGF Richtlijn Artrose (2005)<sup>22</sup> wordt de belangrijkste fysiotherapeutische doelstelling als volgt beschreven: "het

verminderen van (afhankelijkheid van) pijn en het verminderen van beperkingen en eventuele participatieproblemen. Ofwel het optimaliseren van activiteiten en participatie." Hieruit is op te maken dat de pijn niet meer centraal staat. De belangrijkste behandeldoelen in het therapeutische proces zijn de aangegeven beperkingen in activiteiten en participatie, zoals lopen, bukken, gaan staan en zitten en huishoudelijke taken. Aan deze beperkingen kunnen een aantal stoornissen ten grondslag liggen, zoals een verminderde spierkracht, beweeglijkheid en uithoudingsvermogen. Deze stoornissen worden meegenomen tijdens de behandeling, maar vormen niet het uitgangspunt in de behandeling.

#### Reumatoïde artritis

In de periode van 1998 – 2000 is er uitgebreid onderzoek gedaan naar de effectiviteit van groepstherapie bij Reumatoïde Artritis patiënten (RA-patiënten).<sup>10</sup> Het onderzoek heeft de naam RAPIT gekregen wat staat voor Reumatoïde Artritis Patiënten In Training. Aan het onderzoek hebben 300 patiënten deelgenomen, welke verdeeld werden over twee gelijke groepen: de eerste groep kreeg intensieve groepsoefentherapie welke bestond uit twee keer per week vijf kwartier oefenen. Elke sessie bestond uit drie delen: fietstraining (20 minuten), oefencircuit (20 minuten) en sport en spel (20 minuten). Tevens werd elke sessie begonnen met een warming-up en afgesloten met een cooling-down. Het oefencircuit bestond uit 8-10 oefeningen welke bedoeld waren om spierkracht, gewrichtsmobiliteit en activiteiten uit het dagelijks leven te verbeteren. De tweede groep, de 'usual care groep', kreeg de gebruikelijke zorg. De patiënten in de 'usual care groep' werden behandeld door een fysio- of oefentherapeut wanneer de reumatoloog dit nodig vond. Na 2 jaar lieten de patiënten in de eerste groep een grotere vooruitgang in fysieke capaciteit en functionele mogelijkheden zien dan de tweede groep. De RAPIT-groep liet een significante verbetering zien in functionele mogelijkheden ten opzichte van de 'usual care groep'.

In de klinische richtlijn van het Ottawa Panel (2004)<sup>3</sup> worden tien fysiotherapeutische interventies voor RA besproken. Hierin wordt geconcludeerd dat therapeutische oefeningen pijn verminderen en het algehele

functioneren van de RA-patiënt verbetert. Tevens wordt verwezen naar diverse andere richtlijnen welke hetzelfde adviseren.

Medio 2008 zal de KNGF richtlijn Reumatoïde Artritis verschijnen. In deze richtlijn wordt mogelijk gebruik gemaakt van de resultaten van het RAPIT onderzoek. Deze richtlijn zorgt verder mogelijk voor meer eenduidigheid over de vorm van oefentherapie bij RA-patiënten.

#### Lage rugklachten

Uit diverse artikelen<sup>4,8,16</sup>, is gebleken dat oefentherapie zinvol is bij chronische lage rugklachten. Het artikel van Hayden et al. (2005)<sup>9</sup> beschrijft nogmaals het belang van een gevarieerd oefenprogramma bij chronische lage rugklachten.

In het artikel van Hayden et al. (2005)<sup>8</sup> is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van oefentherapie bij volwassenen met a-specifieke lage rugpijn. Oefentherapie is hierin vergeleken met geen behandeling en conservatieve behandeling. De auteurs hebben via diverse wetenschappelijke pagina's artikelen gezocht welke onderzoeken beschreven die ten minste twee van deze behandelstrategieën bevatten. De auteurs hebben de effectiviteit van de onderzoeken gemeten aan de hand van de door de patiënt te ervaren pijn, het conditioneel fysiek functioneren, de conditionele algemene verbetering en het terugkeren naar de werksituatie. In de conclusie van het artikel wordt beschreven dat de effecten op het fysiek functioneren significant verbeterd waren. Tevens was er in de oefengroepen een significant effect te zien bij de door de patiënt te ervaren pijn. Artikelen van Hayden et al. (2005)<sup>7</sup>, Friedrich et al. (2005)<sup>4</sup> en Rainville et al. (2005)<sup>15</sup> bevestigen deze effecten.

Het bijbehorende artikel van Hayden et al. (2005)<sup>9</sup> is bedoeld om karakteristieke oefeninterventies gericht op het verminderen van pijn en verbeteren van functies bij chronische a-specifieke lage rugklachten te identificeren. Hierin wordt beschreven dat in de meta-analyse van Hayden et al. (2005)<sup>8</sup> maar kleine verbeteringen in pijn en functioneren zijn behaald bij het combineren van alle oefentherapieën. In hetzelfde artikel wordt echter ook beschreven dat er klinisch relevante verbeteringen op het gebied van pijn mogelijk zijn wanneer karakteristieke interventies worden toegevoegd. De meest effectieve behandeling lijkt een individueel

beschreven oefenprogramma te zijn waarbij supervisie plaats vindt en het oefenen wordt gestimuleerd. Wanneer hier conservatieve therapievormen aan toe worden gevoegd, zoals het advies om actief te blijven, NSAID's of manuele therapie dan leidt dit tot meer verbetering op het gebied van pijn en functioneren. Uit dit onderzoek blijkt dat voor het verbeteren van pijn het beste rekoefeningen kunnen worden gedaan en voor het verbeteren van het functioneren zijn spierkrachtoefeningen het meest effectief.

### **Gedragsgeorïënteerde therapie en lage rugklachten**

Lage rugklachten vormen niet alleen een groot gezondheidsprobleem, maar tevens een belangrijk economisch probleem in Nederland: van alle klachten van het houdings- en bewegingsapparaat veroorzaken lage rugklachten verreweg de hoogste kosten wat betreft arbeidsongeschiktheid en werkverzuim.<sup>1</sup> Het is mede daarom van belang dat er een behandeling is die werkt bij deze doelgroep. Onderzoek heeft aangetoond dat het klassieke idee van het gunstige beloop twijfelachtig is wanneer het gaat om pijnklachten. De pijnklachten kunnen verdwijnen, maar kunnen ook spontaan weer verergeren. Door dit grillige beloop is het af te vragen of een behandeling gericht op de pijnklachten zinvol is. Graded activity kan om deze reden een rol spelen in de behandeling.<sup>19</sup>

In een aantal onderzoeken<sup>11,20</sup> is gekeken naar de effecten van graded activity om de terugkeer naar het werk te bevorderen. In deze onderzoeken bestond de patiëntengroep uit werknemers die 6 à 7 weken afwezig waren van het werk in verband met lage rugklachten. Het onderzoek van Staal et al. (2004)<sup>20</sup> is uitgevoerd bij werknemers van de KLM. De werknemers werden ingedeeld in twee interventiegroepen: 1) graded activity groep en 2) gebruikelijke zorg groep. In de resultaten wordt beschreven dat er een significant verschil is in het aantal dagen werkverzuim tussen de twee interventiegroepen gedurende zes maanden follow-up. De graded activity groep had een gemiddeld werkverzuim van 58 dagen, tegenover 87 dagen in de gebruikelijke zorg groep. Naast het aantal dagen werkverzuim is gekeken naar de functionele status en het effect op pijn tussen beide groepen. Bij deze

twee uitkomsten is geen significant verschil tussen de interventiegroepen aanwezig.

In het onderzoek van Lindström et al. (1992)<sup>11</sup> is in de graded activity groep sprake van een significante vooruitgang in het functioneren in vergelijking met de gebruikelijke zorg groep. Tevens ervaart de graded activity groep minder pijn dan de gebruikelijke zorg groep, dit is echter geen significant verschil. Voor de laatste twee genoemde uitkomstmaten zijn in de twee onderzoeken verschillende vragenlijsten gebruikt, dit is hierdoor moeilijk te vergelijken.

In de review van Ostelo et al. (2005)<sup>12</sup> is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van gedragsgeorïënteerde therapie in vergelijking met gebruikelijke therapie voor chronische lage rugpijn. Hiernaast wordt onderzocht welk type gedragsgeorïënteerde therapie (operant, respondent en cognitief) effectiever is. De auteurs hebben gebruik gemaakt van studies waarin gedragsgeorïënteerde therapie wordt vergeleken met een wachtlijst, een ander soort behandeling en waarin de verschillende types onderling worden vergeleken. Uitkomsten die de auteurs van belang achten in de onderzoeken zijn: algehele verbetering, functioneren met lage rugklachten, terugkeer naar het werk en de pijnintensiteit. Kijkend naar de resultaten tussen de operante therapie en de wachtlijst blijken er geen significante verbeteringen te zijn. Tevens blijken er geen significante verschillen te zijn tussen de drie types gedragsgeorïënteerde therapie. In de review wordt één studie besproken waarin cognitieve therapie vergeleken wordt met operante therapie. Hier zijn na de behandeling met operante therapie significante verbeteringen te zien bij pijngedrag, lichamelijk en psychosociaal functioneren. Dit significante verschil is na zes en twaalf maanden follow-up niet meer aanwezig.

Uit deze review blijken geen significante verschillen te vinden in korte en lange termijn effecten tussen gedragsgeorïënteerde therapie en de gebruikelijke therapie voor chronische lage rugpijn.

Volgens Smeets et al. (2006,2008)<sup>17,18</sup> is de behandeling van chronische a-specifieke lage rugpijn vaak gebaseerd op drie verschillende modellen welke betrekking hebben op de ontwikkeling en handhaving van pijn en functionele beperkingen. De drie modellen



zijn: 1) deconditioneringsmodel, 2) cognitieve gedragsmodel en 3) bio-psychosociale model. In het onderzoek van Smeets et al. (2006,2008)<sup>17,18</sup> worden de effecten tussen 1) actief lichamelijke therapie (ALT), 2) cognitief-gedragsgeoriënteerde therapie (CGT) en 3) een combinatie van beide (CT) bij chronische a-specifieke lage rugklachten vergeleken met 4) een wachtlijst (WL). In twee artikelen worden de resultaten weergegeven: 1) direct na de behandeling<sup>17</sup>, 2) een jaar na de behandeling.<sup>18</sup> CGT bestond uit graded activity en probleemoplossende therapie, waarbij het doel is de patiënten te helpen bij het behalen van hun doelen in het dagelijks leven en het verhogen van hun activiteitsniveau. Functionele beperkingen zijn de primaire uitkomstmaat en worden gemeten met de Roland Disability Questionnaire (RDQ). (bijlage) Alle drie de interventiegroepen laten direct na het onderzoek een relevante verbetering zien in de RDQ. CGT en CT geven een klinisch relevante verbetering (>2.5 punten), ALT bereikt het klinisch relevante niveau niet. Na zes en twaalf maanden is er in de RDQ een grotere verbetering bij CGT en ALT in vergelijking met CT, al is dit geen significant verschil. Alle drie de interventiegroepen laten direct na het onderzoek<sup>17</sup> een significante verbetering zien op het gebied van functionele beperkingen, voornaamste klachten en de pijnintensiteit in vergelijking met de wachtlijst. Deze laatste verbetering is na twaalf maanden verdwenen en bij de CT groep zelfs verhoogd.<sup>18</sup> De significante verbetering in functionele beperkingen en voornaamste klachten zijn na twaalf maanden in de CGT en ALT verbeterd of in stand gebleven, bij de CT verminderde dit licht.

De CT laat geen grotere verbeteringen zien ten opzichte van CGT en ALT. Twaalf maanden na het onderzoek is CT niet effectiever dan CGT en ALT. Een jaar na behandeling heeft 53% van de ALT, 58% van de CGT en 51% in de CT een klinisch relevante vermindering van mogelijkheden behaald. Uit dit onderzoek is te concluderen dat de hypothese of CT effectiever is dan CGT en ALT niet kan worden bevestigd.

### **Functionele oefentherapie en gedragsgeoriënteerde oefentherapie**

In het artikel van Geilen et al. (2004) wordt uitgelegd wat de aanpak voor een fysiotherapeut is bij een behandeling met

graded activity.<sup>5</sup> In de eerste fase, de oriëntatiefase, dient de patiënt de activiteiten te kiezen die hij van belang acht binnen de behandeling. De patiënt bepaalt dus zelf aan welke activiteiten hij wil werken. Dit kunnen activiteiten zijn in de verschillende domeinen van het dagelijks functioneren: ADL, werk, huishoudelijke activiteiten, vrije tijd en sport. Bij het kiezen van deze activiteiten kan gebruik worden gemaakt van de Patiënt Specifieke Klachten Lijst (PSK). De PSK is een hulpmiddel bij het kiezen en formuleren van voor de patiënt belangrijke doelen op het vlak van activiteiten en/of participatie. In het artikel van Staal et al. (2004)<sup>19</sup> wordt beschreven dat de oefendoelen dienen aan te sluiten bij de werkhervattingdoelen van de patiënt. Dit sluit aan bij wat in het artikel van Geilen et al. (2004) wordt beschreven. Voor oefentherapie betekent dit dat de doelstelling gericht is op het verbeteren van activiteiten en participatie. Hierbij wordt op een tijdcontingente manier omgegaan met de beperkingen van de patiënt. De fysiotherapeut kan er wel voor kiezen doelstellingen op functieniveau toe te voegen, welke voorwaardenscheppend zijn voor de opbouw. Het is voor de patiënt van belang om de activiteiten op een manier te oefenen welke lijkt op de situatie waarin de patiënt het in het dagelijks leven moet uitvoeren.<sup>5</sup>

In het artikel van Rainville et al. (2005) worden onderzoeken omschreven waarin de effectiviteit van graded activity wordt besproken.<sup>15</sup> Er wordt verwezen naar een artikel van Fordyce et al. (1973) waarin werd aangetoond dat wanneer tijdcontingent wordt geoefend, er behalve een verminderd gebruik van pijnmedicatie, een aanzienlijke toename te zien is in activiteit en oefentolerantie. Tevens wordt verwezen naar artikelen van Mayer et al. (1987) en Hazard et al. (1989) waarin programma's voor functioneel herstel, die ook gebruikmaken van tijdcontingent oefenen, vermindering hebben aangetoond van beperkingen en werkverzuim na behandeling.

Smeets et al. (2006,2008) zijn in 2002 een onderzoek gestart naar de effectiviteit van verschillende vormen van therapie bij chronische lage rugklachten in vergelijking met een wachtlijst.<sup>17,18</sup> Patiënten werden over vier groepen verdeeld: 1) actief lichamelijke therapie, 2) cognitief-gedragsgeoriënteerde therapie, 3) combinatietherapie en 4) een

wachttijl group. De verwachting was dat de combinatietherapie een groter effect zou hebben dan de therapieën apart. Uit dit onderzoek is gebleken dat alle drie de behandelgroepen effectiever zijn in vergelijking met de wachttijl. Er zijn echter geen significante verschillen tussen de drie behandelgroepen onderling. De gestelde hypothese kan niet worden bevestigd.

## Discussie

Uit de resultaten is gebleken dat bij meerdere chronische aandoeningen de fysiotherapeutische doelstelling gericht is op het optimaliseren van activiteiten en participatie.<sup>3,10,22</sup> Deze lijn is mogelijk door te trekken naar de behandeling van patiënten met chronische a-specifieke lage rugklachten. De vraag is of dit realistisch is, aangezien bij artrose en RA aantoonbare schade aanwezig is waardoor de patiënt beperkt is in het dagelijks leven.

Er blijken weinig tot geen significante verschillen te zijn over de effecten van gedragsgeoriënteerde therapie (graded activity) in vergelijking met andere behandelingen.<sup>12,17,18</sup> Er wordt aangenomen dat het positief is om op activiteiten/participatie niveau te behandelen, graded activity kan hier een onderdeel van zijn, maar dit is wetenschappelijk (nog) niet te onderbouwen.

Of graded activity geschikt is voor het verminderen van werkverzuim bij chronische lage rugpijn is niet te onderbouwen met wetenschappelijk onderzoek. De onderzoeken van Staal et al. (2004) en Lindström et al. (1992) zijn uitgevoerd bij werknemers die 6 weken van het werk afwezig waren vanwege lage rugpijn.<sup>11,20</sup> In deze onderzoeken wordt niet gesproken over chronische lage rugpijn of over hoe lang de klachten al aanwezig zijn. De vraag is daarom of graded activity een geschikte behandeling is bij chronische lage rugpijn. De auteurs in het artikel van Staal et al. (2004) zijn van mening dat graded activity wel een positief effect heeft, aangezien het gebruik van graded activity zorgt voor gedragsverandering.<sup>19</sup>

In het onderzoek van Smeets et al. (2006, 2008)<sup>17,18</sup> bestond de combinatietherapie de eerste drie weken uit probleemoplossende therapie en oefentherapie. Na drie weken

werd hier graded activity aan toegevoegd. De verschillende grondgedachten in deze combinatietherapie hebben elkaar misschien tegengewerkt. De actief lichamelijke therapie is gebaseerd op fysiologische trainingsprincipes en graded activity is gericht op een tijdcontingente opbouw. De vraag is of het effectiever is om ook de oefentherapie aan de hand van de principes van graded activity uit te voeren.

## Aanbeveling

Voor een fysiotherapeut is het van belang te handelen volgens wetenschappelijke evidentie, oftewel evidence based practice. Er is te weinig onderzoek gedaan naar de vorm van oefentherapie bij chronische a-specifieke lage rugklachten om hier een aanbeveling over te doen. Daarnaast zijn er door de auteurs geen relevante artikelen gevonden met betrekking tot functionele oefentherapie en een combinatie van functionele oefentherapie met graded activity.

Graded activity lijkt effectief te zijn. Aangezien graded activity zich richt op de beperkingen die de patiënt ervaart in het dagelijks leven,<sup>5</sup> zou een combinatie met functionele oefentherapie zinvol kunnen zijn. Functionele oefentherapie richt zich eveneens op de beperkingen die de patiënt ervaart in het dagelijks leven. Figuur 3 laat het verschil zien tussen de doelen bij oefentherapie en de doelen bij functionele oefentherapie en graded activity.

| Oefentherapie | Functionele oefentherapie en graded activity |
|---------------|----------------------------------------------|
| Mobiliteit    | Activiteitsniveau                            |
| Spierkracht   | Participatie in werk                         |
| Coördinatie   | Beheersbaarheid van pijn                     |
| Stabiliteit   | Omgaan met pijn                              |

**Figuur 3:** Verschil tussen oefentherapie en functionele oefentherapie in combinatie met graded activity. Links de oefentherapie met de doelen die altijd werden aangehouden. Rechts de doelen die gelden voor functionele oefentherapie en graded activity.

De casus beschreven in figuur 4 laat zien hoe een behandeling bij een patiënt met

chronische a-specifieke lage rugklachten er uit zou kunnen zien. In deze behandeling is een combinatie gemaakt van de uitgangspunten van graded activity en functionele oefentherapie.

Het gebrek aan evidentie maakt het vrijwel onmogelijk om functionele oefentherapie in combinatie met graded activity aan te bevelen bij chronische a-specifieke lage rugklachten. Wanneer functionele oefentherapie is toegepast, is dit vaak in combinatie met andere vormen van (oefen)therapie. Ditzelfde geldt voor graded activity. Door deze combinatie zijn de effecten van de afzonderlijke interventies niet te meten. Om deze reden dient er meer onderzoek te worden gedaan naar functionele oefentherapie in het algemeen gezien, wat kan leiden tot een juiste definitie over wat functionele oefentherapie inhoudt. Tevens dient er meer onderzoek gedaan te worden naar functionele oefentherapie, graded activity en een combinatie van beide bij chronische a-specifieke lage rugklachten. Bij een dergelijk onderzoek kunnen ook combinatietherapieën worden toegepast. De volgende groepen zouden kunnen worden

gemaakt: 1) functionele oefentherapie, 2) graded activity 3) functionele oefentherapie en graded activity, 4) reguliere oefentherapie, 5) conservatieve therapie, 6) controlegroep.

Wanneer men functionele oefentherapie wil toepassen, is het zinvol om meetinstrumenten te gebruiken die de mate van beperkingen in activiteiten en/of participatie meten. Door het gebruik van meetinstrumenten wordt het effect van de therapie goed in kaart gebracht en kan beter worden geëvalueerd. Meetinstrumenten die gebruikt kunnen worden bij chronische a-specifieke lage rugklachten zijn (bijlage):

- de Roland Morris Disability Questionnaire
- de Oswestry Low Back Pain Questionnaire
- de Patiënt Specifieke Klachten Lijst (PSK)
- de Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS)

Bij het toepassen van graded activity kan eveneens gebruik worden gemaakt van deze meetinstrumenten, aangezien zij meten op het niveau van de beperkingen in activiteiten en participatie in het dagelijks leven.

#### Casus

Mevrouw X. heeft al jaren rugklachten. Mevrouw is hiervoor meerdere malen in behandeling geweest bij de fysiotherapeut. Haar klachten komen echter altijd weer terug. Mevrouw X. bezoekt nu de fysiotherapeut in verband met een toename van haar klachten en een vermeerdering van haar beperkingen in het dagelijks leven. Uit de anamnese zijn de volgende gegevens naar voren gekomen:

#### *Stoornissen in functie*

Pijn, stijfheid met name 's ochtends of na lange tijd zitten en welke verbetert door beweging.

#### *Beperkingen in activiteiten*

Opstaan, zitten, iets van de grond pakken, in en uit de auto stappen, lang in de auto zitten.

#### *Beperkingen in participatie*

Diverse huishoudelijke taken, haar werk als administratief medewerkster.

De behandeling is gericht op het verminderen van de beperkingen die mevrouw ondervindt in het dagelijks leven. Subdoelen zijn: het optimaliseren van de mobiliteit van de lage rug, het optimaliseren van de spierkracht van de rompspieren, het vergroten van het algehele uithoudingsvermogen, het optimaliseren van de houding in zit en in stand, het vergroten van kennis en ziekte-inzicht.

In de therapie worden onder andere de volgende oefeningen met de patiënt geoefend aan de hand van een tijdcontingente aanpak:

- Lopen op de loopband om de kwaliteit van het lopen te verbeteren;
- Fietsen om het algehele uithoudingsvermogen te verbeteren;
- Mobiliserende en stabiliserende oefeningen in lig op de bank. Deze oefeningen vormen een voorwaarde voor veel activiteiten in het dagelijks leven;
- Squats en opstaan en zitten van de stoel om de spierkracht van de bovenbenen te vergroten, waardoor activiteiten als opstaan en zitten van de stoel en in en uit de auto stappen makkelijker kunnen worden uitgevoerd;
- Adviezen over houding in zit en stand en over het belang van afwisseling in houding en activiteit;
- Voorlichting over het beloop van chronische a-specifieke lage rugklachten en hoe hiermee om te gaan.

**Figuur 4.** Casus lage rugklachten



## Bronvermelding

1. Bekkering, G. E., Hendriks, H. J. M., Koes, B. W., Oostendorp, R. A. B., Ostelo, R. W. J. G., Thomassen, J., et al., (2005). KNGF-richtlijn Lage-rugpijn. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 115;1.
2. Bekkering, G. E., Hendriks, H. J. M., Lanser, K., Oostendorp, R. A. B., Peeters, G. G. M., Verhagen, A. P., et al., (2005). KNGF-richtlijn Wiplash. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 115;1.
3. Brosseau, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Egan, M., Dubouloz, C. J., Casimiro, L., et al., (2004). Ottawa Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Therapeutic Exercises in the Management of Rheumatoid Arthritis in Adults. *Physical Therapy*, 84, 10.
4. Friedrich, M., Gittler, G., Arendasy, M., & Friedrich, K.M. (2005). Long-Term Effect of a Combined Exercise and Motivational Program on the Level of Disability of Patients With Chronic Low Back Pain. *Spine*, 30(9), 995-1000.
5. Geilen, M. J. (2004). Welke eisen stellen cognitief-gedragsgeoriënteerde principes aan graded activity? *Stimulus*, 23, 53-68.
6. Gezondheidsraad (2003). Oefentherapie. *Gezondheidsraad*, 2003, 22.
7. Hayden, J. A., van Tulder, M. W., Malmivaara, A. V., & Koes, B. W. (2005). Exercise Therapy for treatment of non-specific low back pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
8. Hayden, J. A., van Tulder, M. W., Malmivaara, A. V., & Koes, B. W. (2005). Meta-Analysis: Exercise Therapy for Nonspecific Low Back Pain. *Annals of Internal Medicine*, 142, 765-775.
9. Hayden, J. A., van Tulder, M. W., & Tomlinson, G. (2005). Systematic Review: Strategies for Using Exercise Therapy To Improve Outcomes in Chronic Low Back Pain. *Annals of Internal Medicine*, 142, 776-785.
10. de Jong Z., Munneke M., Zwinderman A.H., Kroon H.M., Jansen A., Runday K.H., van Schaardenburg D., Dijkmans B.A.C., van den Ende C.H.M., Breedveld F.C., Vliet Vlieland T.P.M., Hazes J.M.W. (2003) Is a long-term high-intensity exercise program effective and safe in patients with rheumatoid arthritis? *Arthritis & Rheumatism*, 48 (9), 2415-2424
11. Lindström, I., Ohlund, C., Eek, C., Wallin, L., Peterson, L. E., Fordyce, W. E., et al. (1992). The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Physical Therapy*, 72, 279-90.
12. Ostelo, R. W. J. G., van Tulder, M. W., Vlaeyen, J. W. S., Linton, S. J., Morley, S. J., & Assendelft, W. J. J. (2005). Behavioural treatment for chronic low-back pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
13. Palmen, C., Hoogervorst, C., & Koke, A. (2004). Geen lichamelijke oorzaak voor de pijn – leg dat maar eens uit. *Stimulus*, 23, 368-384.
14. Pisters, M. F., & Veenhof, C. (2007). Is oefentherapie bij mensen met artrose aan heup en/of knie effectief op de lange termijn? *Stimulus*, 26(3), 324-334.
15. Rainville, J., Hartigan, C., Martinez, E., Limke, J., & Jouve, C., (2005). Oefenen als behandeling voor chronische lage rugpijn. *Stimulus*, 24, 17-45.

16. Smidt, N., de Vet, H. C. W., Bouter, L. M., & Dekker, J., (2005). De effectiviteit van oefentherapie: een review van systematische reviews. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 115(4), 86-95.
17. Smeets, R. J. E. M., Vlaeyen, J. W. S., Hidding, A., Kester, A. D. M., van der Heijden, G. J. M. G., van Geel, A. C. M., et al., (2006). Active rehabilitation for chronic low back pain; Cognitive-behavioral, physical, or both? First direct post-treatment results from a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7:5.
18. Smeets, R. J. E. M., Vlaeyen, J. W. S., Hidding, A., Kester, A. D. M., van der Heijden, G. J. M. G. & Knottnerus, J. A. (2008). Chronic low back pain: Physical training, graded activity with problem solving training, or both? The one-year post-treatment results of a randomized controlled trial. *Pain*, 134, 263-276.
19. Staal, J. B., (2004). Werkhervatting bij lage-rugpijn, middel en/of doel van 'graded activity'?. *Stimulus*, 23, 25-40.
20. Staal, J. B., Hlobil, H., Twisk, J. W. R., Smid, T., Koke, A. J. A., & van Mechelen, W. (2004). Graded Activity for Low Back Pain in Occupational Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 140, 77-84.
21. Veenhof, C., & van den Ende, C. H. M. (2003). Wat is het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie? *Stimulus*, 22, 134-144.
22. Vogels, E. M. H. M., Hendriks, H. J. M., van Baar, M. E., Dekker, J., Hopman-Rocky, M., Osstendorp, R. A. B., et al., (2005). KNGF-richtlijn Artrose heup-knie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 115;1.

## Bijlage

### Roland Disability Questionnaire

Naam:

Geb. Datum:

Datum:

- |                                                                                                                   |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. Het grootste deel van de tijd blijf ik thuis, vanwege de klachten in mijn rug of been.                         | Ja / Nee |
| 2. Vanwege de klachten in mijn rug of been verander ik vaak van positie om een prettige houding te vinden         | Ja / Nee |
| 3. Door de klachten in mijn rug of been loop ik langzamer dan gewoonlijk                                          | Ja / Nee |
| 4. Door de klachten in mijn rug of been kan ik de gebruikelijke werkzaamheden in en rond het huis niet doen       | Ja / Nee |
| 5. Vanwege de klachten in mijn rug of been gebruik ik de trapleuning bij het naar <b>boven</b> lopen via een trap | Ja / Nee |
| 6. Vanwege de klachten in mijn rug of been ga ik vaker dan gewoonlijk liggen om te rusten                         | Ja / Nee |
| 7. Vanwege de klachten in mijn rug of been moet ik me vastpakken en optrekken om uit een leunstoel te komen       | Ja / Nee |
| 8. Vanwege de klachten in mijn rug of been probeer ik andere mensen dingen voor me te laten doen                  | Ja / Nee |
| 9. Ik kleed me trager aan dan gewoonlijk vanwege de klachten in mijn rug of been                                  | Ja / Nee |
| 10. Vanwege de klachten in mijn rug of been sta ik alleen voor korte perioden                                     | Ja / Nee |
| 11. Vanwege de klachten in mijn rug of been vermijd ik bukken of knielen                                          | Ja / Nee |
| 12. Door de klachten in mijn rug of been is het moeilijk om van een stoel op te staan                             | Ja / Nee |
| 13. Ik heb bijna de gehele dag last van de pijn in mijn rug of been                                               | Ja / Nee |
| 14. Door de klachten in mijn rug of been kan ik me in bed moeilijk omdraaien                                      | Ja / Nee |
| 15. Door de klachten in mijn rug of been heb ik gebrek aan eetlust                                                | Ja / Nee |
| 16. Ik heb moeite met het aantrekken van sokken (of kousen) vanwege de klachten in mijn rug of been               | Ja / Nee |
| 17. Vanwege de klachten in mijn rug of been loop ik alleen korte afstanden                                        | Ja / Nee |
| 18. Ik slaap slecht door de klachten in mijn rug of been                                                          | Ja / Nee |
| 19. Ik krijg hulp bij het aankleden in verband met de klachten in mijn rug of been                                | Ja / Nee |
| 20. Ik zit het grootste deel van de dag vanwege de klachten in mijn rug of been                                   | Ja / Nee |
| 21. In verband met de klachten in mijn rug of been vermijd ik zwaar werk in en rond het huis                      | Ja / Nee |
| 22. Door de klachten in mijn rug of been raak ik sneller geïrriteerd dan anders                                   | Ja / Nee |
| 23. Door de klachten in mijn rug of been loop ik de trap langzamer <b>op</b> dan anders                           | Ja / Nee |
| 24. Ik lig bijna de hele dag in bed in verband met de klachten in mijn rug of been                                | Ja / Nee |

## Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS)

### Beschrijving:

Deze vragenlijst is ontwikkeld volgens een methodologische procedure van beperkingen inventarisatie. Via data-analyse heeft itemontwikkeling en selectie plaatsgevonden. De vragenlijst is in Engelstalige literatuur als valide, betrouwbaar en responsief genoemd. Dit geldt ook voor de Nederlandstalige versie. De QBPDS bevat 20 items op het gebied van dagelijkse activiteiten. De items zijn geselecteerd uit 6 relevante subdomeinen van functionele vaardigheden voor patiënten met lage rugklachten. De relevante subdomeinen hebben betrekking op de 6 deelgebieden van het dagelijks functioneren: bedrust, zitten-staan, lopen, bewegen, bukken, zware voorwerpen verplaatsen.

### Patiënt instructie:

Geef aan hoeveel moeite u vandaag heeft met de volgende activiteiten.

### Scoring:

De totaalscore is de som van alle items. De eindscore varieert van 0 (geen beperking) tot 100 (volledige beperking)

Onderstaande vragenlijst gaat over de manier waarop uw rugklachten uw dagelijks leven beïnvloeden. Mensen met rugklachten kunnen moeite hebben met het uitvoeren van sommige dagelijkse activiteiten. Wij willen graag weten of u moeite heeft met het uitvoeren van onderstaande activiteiten vanwege uw rugklachten. Voor elke activiteit is er een schaal van 0 tot 5. Wilt u bij iedere activiteit één antwoord kiezen (geen activiteit overslaan), en het daarbij behorende cijfer omcirkelen.

Heeft u vandaag moeite om de volgende activiteiten uit te voeren vanwege uw rugklachten

|                                                        | Totaal geen moeite | Nauwelijks moeite | Enige moeite | Veel moeite | Zeer veel moeite | Niet in staat |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------|-------------|------------------|---------------|
| Opstaan uit bed                                        | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| De hele nacht slapen                                   | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Omdraaien in bed                                       | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Auto rijden                                            | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| 20 tot 30 minuten (achter elkaar) staan                | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Enkele uren in een stoel zitten                        | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Een trap oplopen                                       | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Een klein eindje lopen ( 300-400 m)                    | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Enkele kilometers lopen                                | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Naar een hoge plank reiken                             | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Een bal werpen                                         | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Een eindje hardlopen (100m)                            | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Iets uit de koelkast pakken                            | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Het bed opmaken                                        | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Sokken ( of panty) aantrekken                          | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Voorover buigen om bijv. badkuip of wc schoon te maken | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Een stoel verplaatsen                                  | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Een zware deur opentrekken of openduwen                | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Dragen van 2 tassen met boodschappen                   | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |
| Een zware koffer optillen en dragen                    | 0                  | 1                 | 2            | 3           | 4                | 5             |

## Patiënt Specifieke Klachten Lijst (PSK)

### Beschrijving:

Het meetinstrument Patiënt Specifiek Klachten is een manier om de functionele status van de individuele patiënt te bepalen. De patiënt selecteert de voor hem/haar 3 tot 5 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten. Deze activiteiten moeten voor de patiënt persoonlijk relevant (belangrijk) zijn, de patiënt moet hinder ervaren bij de uitvoering en uitvoering moet regelmatig plaatsvinden (per week). Bij algemene functionele status vragenlijsten zijn niet alle gevraagde items relevant voor een patiënt. Terwijl aan de andere kant relevante activiteiten niet zijn opgenomen in de vragenlijst. Het is daarom zinvol om de patiëntspecifieke functionele status samen met een algemenere ziektespecifieke lijst te combineren.

### Patiënt instructie:

Selecteer de voor u belangrijkste klachten uit deze lijst. Belangrijke klachten zijn die activiteiten die u veel moeite kosten met uitvoeren, die u regelmatig moet doen en die u graag weer beter wil kunnen uitvoeren. Na selectie vindt er een rangschikking plaats van 1 t/m 5. De drie belangrijkste worden uiteindelijk gescoord.

### Scoring:

Per activiteit wordt een 10 cm visuele analoge schaal (VAS) ingevuld. Aan de patiënt wordt gevraagd aan te geven hoeveel moeite het kost om de genoemde activiteit uit te voeren door een streepje te zetten op de lijn. Het linker uiteinde van de schaal is gedefinieerd als 'geen enkele moeite' en het rechter uiteinde betekent 'onmogelijk'. De totaalscore is de afstand (mm) van 0 tot aan het streepje van alle drie de activiteiten samen. Bij vervolgmetingen heeft de patiënt inzage in zijn vorige scores.

### Lijst Patiënt Specifieke Klachten ( Beurskens 1996):

Activiteiten en bewegingen waarbij u last kunt hebben van uw pijnklachten. Uw pijnklachten hebben invloed op activiteiten en bewegingen die u dagelijks doet en moeilijk te vermijden zijn. Voor iedereen zijn de gevolgen van chronische pijn verschillend. Ieder persoon zal bepaalde activiteiten en bewegingen graag zien verbeteren door de behandeling. Hieronder staan een aantal activiteiten en bewegingen die u veel moeite kosten om uitvoeren vanwege uw pijn. Probeer de problemen te herkennen waar u de afgelopen week door uw pijn last van had. Kleur of kruis het bolletje aan voor deze activiteit. We vragen u die problemen aan te kruisen die U HEEL BELANGRIJK VINDT en die U het liefste zou ZIEN VERANDEREN in de KOMENDE MAANDEN.

- |                                |                                                     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------|
| • in bed liggen                | • hardlopen                                         |
| • omdraaien in bed             | • het dragen van een voorwerp                       |
| • opstaan uit bed              | • iets oprapen van de grond                         |
| • opstaan uit een stoel        | • tillen                                            |
| • gaan zitten op een stoel     | • op bezoek gaan bij familie, vrienden of kennissen |
| • lang achtereen zitten        | • uitgaan                                           |
| • in/uit de auto stappen       | • seksuele activiteiten                             |
| • rijden in een auto of bus    | • uitvoeren van werk                                |
| • fietsen                      | • uitvoeren van hobby's                             |
| • staan                        | • uitvoeren van huishoudelijk werk                  |
| • lang achtereen staan         | • sporten                                           |
| • licht werk in en om het huis | • op reis gaan                                      |
| • zwaar werk in en om het huis | • andere activiteiten                               |
| • in huis lopen                |                                                     |
| • wandelen                     |                                                     |

De 5 belangrijkste activiteiten zijn: 1...; 2...; 3...; 4...; 5....;

Van de 5 belangrijkste activiteiten worden de eerste 3 gescoord via een VAS schaal.

Voorbeeld hoe in te vullen:

probleem: *wandelen*

Plaatst u het streepje links dan kost het wandelen u weinig moeite

*geen enkele moeite* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ *onmogelijk*

Plaatst u het streepje rechts dan kost het wandelen u veel moeite

*geen enkele moeite* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ *onmogelijk*



## **Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire**

Deze vragenlijst is gemaakt om ons meer informatie te geven over uw rug. We kunnen hiermee nagaan hoe uw rugpijn u belemmert tijdens dagelijkse werkzaamheden.

Antwoordt u alstublieft ieder onderdeel. Kruis bij ieder onderdeel het vakje aan dat op u van toepassing is. Soms is het moeilijk om tussen twee vakjes te kiezen, kruis dan het vakje aan dat uw probleem het beste beschrijft.

Als een onderdeel niet op u van toepassing is bijvoorbeeld: gebruiken van pijnstillers of het sexleven, dan kunt u dat onderdeel overslaan.

### **Onderdeel 1 – Ernst van de pijn**

- ☐ Ik kan de pijn verdragen zonder pijnstillers te hoeven gebruiken
- ☐ De pijn is erg, maar ik hoef nog net geen pijnstillers te gebruiken
- ☐ Pijnstillers doen de pijn volledig verdwijnen
- ☐ Pijnstillers helpen matig tegen de pijn
- ☐ Pijnstillers helpen maar een beetje
- ☐ Pijnstillers helpen niet en ik gebruik ze dus niet

### **Onderdeel 2 – Zelfverzorging (wassen, kleden)**

- ☐ Ik kan mijzelf normaal wassen en aankleden zonder extra pijn
- ☐ Ik kan mijzelf normaal wassen en aankleden maar heb dan wel extra pijn
- ☐ Als ik mijzelf was en aankleed doet het pijn en daarom ben ik daar langzaam en voorzichtig mee
- ☐ Ik heb enige hulp nodig maar kan m.b.t. wassen en aankleden het meeste zelf
- ☐ Ik heb elke dag hulp nodig bij de meeste aspecten van de zelfverzorging
- ☐ Ik kleeft me niet aan, was mezelf met moeite en blijf in bed

### **Onderdeel 3 – Tillen**

- ☐ Ik kan een zwaar voorwerp zonder extra pijn tillen
- ☐ Ik kan een zwaar voorwerp tillen maar dat doet extra pijn
- ☐ Ik kan door de pijn geen zware voorwerpen van de grond optillen, maar het lukt me wel als ze op een handige plaats staan, bijv. op tafel
- ☐ Ik kan door de pijn geen zware voorwerpen tillen maar wel lichte tot middelzware als ze op een handige plaats staan
- ☐ Ik kan alleen heel lichte voorwerpen tillen
- ☐ Ik kan niets tillen of dragen

### **Onderdeel 4 – Lopen**

- ☐ Pijn voorkomt niet dat ik ver kan lopen
- ☐ Pijn voorkomt dat ik verder kan lopen dan 2 kilometer
- ☐ Pijn voorkomt dat ik verder kan lopen dan 1 kilometer
- ☐ Pijn voorkomt dat ik verder kan lopen dan 500 meter
- ☐ Ik kan alleen met een stok of krukken lopen
- ☐ Ik breng het grootste deel van de tijd in bed door en moet naar het toilet kruipen

### **Onderdeel 5 – Zitten**

- ☐ Ik kan in elke stoel zitten zo lang als ik wil
- ☐ Ik kan allen in mijn favoriete stoel zitten zolang als ik wil
- ☐ Ik kan door de pijn niet langer dan een uur blijven zitten
- ☐ Ik kan door de pijn niet langer dan een half uur blijven zitten
- ☐ Ik kan door de pijn niet langer dan 10 minuten blijven zitten
- ☐ Ik kan door de pijn helemaal niet zitten

### **Onderdeel 6 – Staàn**

- ☐ Ik kan staan zolang ik wil zonder meer pijn te krijgen
- ☐ Ik kan staan zolang ik wil, maar dat veroorzaakt meer pijn
- ☐ Door de pijn kan ik niet langer dan 1 uur blijven staan
- ☐ Door de pijn kan ik niet langer dan 30 minuten blijven staan
- ☐ Door de pijn kan ik niet langer dan 10 minuten blijven staan
- ☐ Door de pijn kan ik niet blijven staan

### **Onderdeel 7 – Slapen**

- ☐ Ondanks de pijn slaap ik goed
- ☐ Ik kan alleen goed slapen als ik tabletten inneem
- ☐ Zelfs als ik tabletten inneem slaap ik minder dan 6 uur per nacht
- ☐ Zelfs als ik tabletten inneem slaap ik minder dan 4 uur per nacht
- ☐ Zelfs als ik tabletten inneem slaap ik minder dan 2 uur per nacht
- ☐ Door de pijn slaap ik in het geheel niet

### **Onderdeel 8 – Het sexleven**

- ☐ Mijn sexleven is normaal en bezorgt me geen extra pijn
- ☐ Mijn sexleven is normaal maar bezorgt me wel extra pijn
- ☐ Mijn sexleven is bijna normaal maar erg pijnlijk
- ☐ Mijn sexleven wordt ernstig beperkt door de pijn
- ☐ Mijn sexleven is vrijwel afwezig door de pijn
- ☐ Door de pijn heb ik in het geheel geen sexleven meer

### **Onderdeel 9 – Het sociale leven**

- ☐ Mijn sociale leven is normaal en bezorgt me geen extra pijn
- ☐ Mijn sociale leven is normaal maar bezorgt me wel extra pijn
- ☐ Met uitzondering van de meer inspannende bezigheden zoals dansen e.d. heeft de pijn niet een belangrijke invloed op mijn sociale leven
- ☐ De pijn heeft mijn leven beperkt en ik ga minder vaak de deur uit
- ☐ Door de pijn is mijn sociale leven beperkt tot mijn eigen huis
- ☐ Ik heb geen sociaal leven vanwege de pijn

### **Onderdeel 10 – Reizen/Transport**

- ☐ Ik kan overal naar toe reizen zonder extra pijn
- ☐ Ik kan overal naar toe reizen maar heb dan extra pijn
- ☐ De pijn is weliswaar erg maar ik kan toch reizen maken die langer duren dan 2 uur
- ☐ Door de pijn kan ik niet langer reizen dan 1 uur
- ☐ Door de pijn kan ik slechts korte, noodzakelijke tochtjes maken die korter duren dan 30 minuten
- ☐ Door de pijn ga ik alleen maar de deur uit om naar de dokter of het ziekenhuis te gaan