

## NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn, een herziening?

De herziene NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn genereert schijnzekerheid en correspondeert niet met de dagelijkse praktijk. De auteurs benadrukken de externe onderbouwing eenzijdig, zonder rekening te houden met klinische expertise van de beroepsbeoefenaar en verwachtingen van de patiënt.

Aspecifieke lagerugpijn is geen ziekte, maar wel een relevante oorzaak voor individuele beperkingen met grote maatschappelijke gevolgen.<sup>1</sup> Het 'simpele' handelen in de standaard is gebaseerd op effectonderzoek met een RCT-opzet, dat via een review naar een standaard is vertaald. In een RCT worden patiënten met lagerugpijn meestal niet verder naar oorzaak van de klacht ingedeeld. Het is niet verwonderlijk dat bij een dergelijke niet homogene groep slechts algemene strategieën overblijven. Ook de Cochrane Back Review Group vindt klasseren een noodzaak om voortgang te boeken.<sup>2</sup> Zeker als blijkt dat eerst klasseren en dan behandelen, beter werkt dan strikt toepassen van standaarden.<sup>3</sup>

Volgens de standaard moet je de patiënt informeren dat er sprake is van een onschuldige aandoening met een goede prognose en dat de pijn snel afneemt. Dat advies is in tegenspraak met de werkelijkheid. Aspecifieke lagerugpijn heeft een recidiepercentage van 80% en na 1 jaar meldt 62% van de patiënten lagerugpijn te hebben.<sup>4</sup>

In de standaard staat dat de belangrijkste wijziging het benadrukken van het belang van vroegtijdig signaleren van psychosociale risicofactoren is. Zeer terecht, want bij patiënten zonder cognitieve stoornissen heeft een cognitief-gedragsmatige behandeling averechtse effecten.<sup>5</sup> Maar helaas bevat de standaard geen diagnostisch middel.

Patiënten met lagerugpijn die een huisarts consulteren, verwachten dat de huisarts ernstige aandoeningen uitsluit en gerichte adviezen geeft over het dagelijks functioneren. Die aanpak past echter

beter in de context van een fysiotherapiepraktijk. De huisarts 'ziet' gemiddeld 4,2% en de fysiotherapeut 23% patiënten met lagerugpijn. Het is vreemd dat in de standaard de huisarts de centrale rol krijgt toebedeeld.

De inhoud is nauwelijks herzien, is eenzijdig gefundeerd, leidt tot oppervlakkig beleid en bevat diverse onpraktische adviezen. De standaard beschrijft hoe 'ongelijke' patiënten op eenzelfde wijze worden 'behandeld'.

G. Koel, fysiotherapeut, R. van Doesburgh, arts

- 1 Manek NJ, MacGregor AJ. *Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors and prognosis. Curr Opin Rheumatol* 2005;17:134-40.
- 2 Bouter LM, Penninck V, Bombardier C and the editorial board of the Back Review Group. *Cochrane back review group. Spine* 2003;28:1215-8.
- 3 Fritz JM, Delitto A, Erhard RE. *Comparison of classification based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute low back pain. Spine* 2003;28:1363-72.
- 4 Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. *Low back pain: what is the long term course? Eur Spine J* 2003;12:149-65.
- 5 George SZ, Fritz JM, Bialosky JE, Donald DA. *The effect of a fear-avoidance-based physical therapy intervention for patients with acute low back pain: results of a randomised clinical trial. Spine* 2003;28:2551-60.

## Antwoord

Koel en Van Doesburgh beweren veel, interpreteren de literatuur onjuist en komen niet met concrete en onderbouwde voorstellen voor een andere aanpak. Zij pleiten ervoor patiënten met aspecifieke lagerugpijn (LRP) eerst te classificeren en dan te behandelen; maar hoe dat moet, maken zij niet duidelijk. De uitspraak dat classificeren noodzakelijk is om voortgang te boeken, is in het genoemde artikel van de Cochrane Back Review Group niet terug te vinden. In dat artikel staat dat er meer systematische overzichten nodig zijn van onderzoeken op het gebied van de etiologie, diagnostiek en prognose van LRP om een evidence-based antwoord te kunnen geven

op de vraag welke behandelmethodes het meest effectief zijn bij welke patiënten. Dat is heel wat anders.

Evenmin kan men uit het andere aangehaalde onderzoek concluderen dat eerst classificeren en dan behandelen beter werkt dan toepassen van standaarden. Het gaat om een klein (n=78) Amerikaans onderzoek waarbij werknemers met een werkgerelateerde acute LRP na randomisatie werden behandeld met oefentherapie volgens 'algemene' richtlijnen of met een specifieke behandeling na een – niet gevalideerde – classificatie in 4 subgroepen. Na 4 weken waren de verschillen in herstel weliswaar significant ten gunste van de specifieke behandelmethodes, maar na 1 jaar niet meer. De auteurs benadrukken dat de generaliseerbaarheid naar de algehele populatie van patiënten met LRP beperkt is.

Ons literatuuronderzoek leverde geen goed gevalideerde classificatiemethodes op, noch bewijs voor effectiviteit van op subcategorieën gerichte specifieke behandelmethodes. De belangrijkste internationale richtlijnen en ook de KNGF-richtlijn Lage rugpijn bevelen classificeren dan ook niet aan.<sup>1</sup>

Dat de prognose van een episode van acute LRP goed is, betekent dat pijn en hinder meestal snel afnemen, en het van belang is om de patiënt daarover te informeren.

In tegenstelling tot wat Koel en Van Doesburgh beweren, gaat de standaard wel in op de diagnostiek van psychische en sociale factoren die (mogelijk) de ontwikkeling van chronische LRP voorspellen. De betekenis van deze factoren en de validiteit van de vragen zijn echter onvoldoende onderzocht.

De uitspraak dat de huisarts 4,2% en de fysiotherapeut 23% van de patiënten met LRP ziet, weerspiegelt niet de actuele Nederlandse situatie. Helaas ontbreekt een bronvermelding. Een Nederlands bevolkingsonderzoek uit 1998 laat zien dat ruim 30% van patiënten met lagerugpijn voor deze klacht in het voorafgaande jaar naar de huisarts was gegaan, en ongeveer 25% naar een fysiotherapeut.<sup>2</sup> Reacties op de standaard zijn ons zeer

welkom, maar dit commentaar leidt niet tot meer evidence-based inzichten op het gebied van LRP.

Ben Kolnaar, Arnout Chavannes

## Cochrane-reviews

### Groepstraining ter bevordering van zelfmanagement voor patiënten met diabetes mellitus type 2

Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Chichester: Wiley.

**Achtergrond** Het is vooralsnog onduidelijk wat de meest effectieve manier is om patiënten met diabetes mellitus type 2 educatie aan te bieden en zelfmanagementvaardigheden aan te leren.

**Doel** Onderzoeken wat het effect is van groepsgewijze training ter bevordering van zelfmanagementvaardigheden. De belangrijkste uitkomstmaten waren het effect op HbA1c, nuchtere bloedglucose, kennisniveau over diabetes, kwaliteit van leven en zelfredzaamheid. Bijkomende uitkomsten waren onder meer het effect op gewicht en de mate waarin medicatie verminderd kon worden.

**Zoekstrategie en methoden** In zestien elektronische databases (waaronder MEDLINE, EMBASE en het Cochrane Central Register of Controlled trials) en via het aanschrijven van auteurs en het doorzoeken van literatuurlijsten zochten de auteurs naar gecontroleerde vergelijkende onderzoeken met een follow-upduur van minstens zes maanden. De interventie moest een groepsgewijs (minimaal zes personen) educatieprogramma zijn in vergelijking met gebruikelijke zorg, een wachtlijst of geen interventie. Twee reviewers doorzochten de literatuur en extraheerden de gegevens. De kwaliteit werd beoordeeld met de kwaliteitscriteria volgens Jadad. Bij voldoende homogeniteit, statistisch onderzocht met chi-kwa-

1 Bekkering GE, Hendriks HJM, Koes BW, Oostendorp R, Ostelo RW, Thomassen J, et al. KNGF-richtlijn Lage rugpijn. *Tijdschr Fysiother* 2001;111:1-24.

2 Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003;102:167-78.

draat- en I<sup>2</sup>-tests, werden gelijksoortige uitkomsten van verschillende onderzoeken gepoold in meta-analyses, telkens gesplitst in uitkomsten na korte (vier tot zes maanden), middellange (twaalf tot veertien maanden) en lange (twee jaar) termijn.

**Resultaten** Uit 5497 citaties werden 11 onderzoeken met in totaal 1532 patiënten geïncludeerd. Acht onderzoeken waren RCT's en 3 onderzoeken hadden een gecontroleerde opzet zonder randomisatie. Zeven onderzoeken vonden plaats in de eerste lijn. De groepstrainingen varieerden in intensiteit van 3 tot 52 uur per jaar en de lengte varieerde van 10 maanden tot 4 jaar. Uit de meta-analyses volgde dat groepstraining het HbA1c verlaagt met 1,4% (95%-BI 0,8-1,9), 0,8% (95%-BI 0,7-1,0) en 1,0% (95%-BI 0,5-1,4) na respectievelijk korte, middellange en lange termijn. Het nuchtere bloedglucose en het lichaamsgewicht daalden op middellange termijn met respectievelijk 1,2 mmol/l (95%-BI 0,7-1,6) en 1,6 kg (95%-BI 0,3-3,0). Verder konden meer mensen in de interventiegroep met minder medicatie toe na 6 tot 12 maanden (OR 11,8; 95%-BI 5,2-26,9; NNT 5). Twee onderzoeken lieten gunstige effecten zien op (deelgebieden) van kwaliteit van leven tot 4 jaar. Twee onderzoeken richtten zich op zelfredzaamheid; het ene vond een gunstig effect en het andere kon geen verschil met de controlegroep vaststellen. Uit subgroepanalyses bleek dat de setting (eerste versus tweede lijn) niet van invloed was op de resultaten.

**Conclusie** Groepstraining ter bevordering van zelfmanagement heeft gunstige effecten op HbA1c, nuchtere bloedglucose en lichaamsgewicht. Bovendien kan bij één op de vijf patiënten de medicatie verlaagd worden.

### Commentaar

Educatie is een onmisbaar deel van de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2. De vigerende NHG-Standaard beveelt dan ook educatie gericht op gedragsveranderingen aan.<sup>1</sup> Dit zou volgens de standaard eventueel in groepen kunnen gebeuren, maar die bewering wordt niet onderbouwd.

Deze systematische review was specifiek gericht op het effect van educatie in groepen en vond resultaten die te mooi lijken om waar te zijn: een klinkend langetermijneffect op glykemische instelling en minder pillen slikken op de koop toe, een daling in het lichaamsgewicht en ook nog een verbetering van de kwaliteit van leven.

Toch vind ik dat deze review te veel beperkingen heeft om morgen mijn patiënten naar een educatiegroepje te sturen. Want wat is er nu helemaal onderzocht? De 11 geïncludeerde onderzoeken vergeleken groepstraining met gebruikelijke zorg (9 onderzoeken) of wachtlijst (1 onderzoek) en in één geval met individuele educatie. Maar de doelstelling was juist de specifieke meerwaarde van groepstraining te onderzoeken. Het lijkt er dus op dat de uitkomsten meer het effect zijn van het totale pakket aan educatie, training en positieve stimulatie, dan van de specifiek groepsgewijze aanpak. Een systematische review die wél deze wat bredere insteek had, vond veel minder spectaculaire resultaten, namelijk slechts een daling van 0,23% van het HbA1c 4 maanden na de interventie.<sup>2</sup>

Verder is deze review moeilijk generaliseerbaar naar de Nederlandse gezondheidszorg. Slechts twee onderzoeken vonden plaats in een land met een enigszins vergelijkbare situatie (Groot-Brittannië). De overige onderzoeken kwamen