

Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

KNGF-richtlijn

Lage rugpijn

Update klinimetrie 2017



KNGF-richtlijn Lage rugpijn

Praktijkrichtlijn

Onder redactie van:

J.B. Staal

E.J.M. Hendriks

M. Heijmans

H. Kiers

A.M. Lutgers-Boomsma

G. Rutten

M.W. van Tulder

J. den Boer

R. Ostelo

J.W.H. Custers

Alle onderdelen van de richtlijn, inclusief een samenvatting, zijn beschikbaar via www.kngfrichtlijnen.nl.

Creatief concept: KNGF
Vormgeving - DTP - Drukwerk: Drukkerij De Gans, Amersfoort
Eindredactie: Tertius - Redactie en organisatie, Houten

© 2013 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het KNGF.

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut. Het KNGF behartigt voor ruim 20.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.

Inhoud

Praktijkrichtlijn 1

- A Inleiding 1
 - A.1 Doelstelling en doelgroep 1
 - A.2 Afbakening van de richtlijn 1
 - A.3 Prognose en beloop 1
 - A.4 Directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF) 2
- B Diagnostisch proces 2
 - B.1 Anamnese 2
 - B.2 Onderzoek 4
 - B.3 Analyse 4
- C Therapeutisch proces 4
 - C.1 Fysiotherapeutische/manueeltherapeutische behandeling 4
 - C.1.1 Profiel 1 - Normaal beloop 4
 - C.1.2 Profiel 2 - Afwijkend beloop zonder dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren 5
 - C.1.3 Profiel 3 - Afwijkend beloop met dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren 5
 - C.2 Multidisciplinaire behandeling 6
 - C.3 Stoppen met de behandeling 6
 - C.4 Verslaglegging en verslaggeving 6

Dankwoord 7

Bijlagen 8

- Bijlage 1 Samenvattende aanbevelingen 8

Praktijkrichtlijn

J.B. Staal^I, E.J.M. Hendriks^{II}, M. Heijmans^{III}, H. Kiers^{IV}, A.M. Lutgers-Boomsma^V, G. Rutten^{VI}, M.W. van Tulder^{VII}, J. den Boer^{VIII}, R. Ostelo^{IX}, J.W.H. Custers^X

A Inleiding

Deze KNGF-richtlijn beschrijft het fysiotherapeutisch en manueeltherapeutisch handelen bij patiënten met pijn in de lage rug. In de *Verantwoording en toelichting* worden de in de richtlijn gemaakte keuzen met betrekking tot de afbakening van het gezondheidsprobleem, de diagnostiek en de therapie toegelicht en wordt achtergrondinformatie verstrekt ter ondersteuning van de praktijkrichtlijn. De richtlijn is als stroomdiagram samengevat en is beschikbaar via www.kngfrichtlijnen.nl.

De Nederlands Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT) en het KNGF hebben besloten de updates van hun richtlijn over lage rugpijn van beide beroepsgroepen samen te voegen. Met het verschijnen van deze update komen de *KNGF-richtlijn Manuele therapie bij lage-rugpijn* uit 2006 en de *KNGF-richtlijn Lage-rugpijn* uit 2005 te vervallen. Een manueel therapeut is tevens fysiotherapeut en beide vakgebieden vertonen een grote mate van overlap. De aanbevelingen in deze richtlijn ten aanzien van diagnostiek en behandeling bij specifieke lage rugpijn gelden voor het merendeel zowel voor fysiotherapeuten als manueel therapeuten. Als aanbevelingen specifiek gelden voor manueel therapeuten is dat aangegeven.

A.1 Doelstelling en doelgroep

De *KNGF-richtlijn Lage rugpijn* is een leidraad voor de diagnostiek en behandeling door de fysiotherapeut en/of manueel therapeut bij patiënten met specifieke lage rugpijn.

A.2 Afbakening van de richtlijn

Lage rugpijn wordt doorgaans ingedeeld in specifieke en aspecifieke lage rugpijn. In deze richtlijn verwijst de term lage rugpijn naar 'aspecifieke lage rugpijn' tenzij anders aangegeven.

- *Aspecifieke* lage rugpijn wordt gedefinieerd als rugpijn waarvoor geen aanwijsbare specifieke oorzaak voor de klachten te vinden is. Dit is het geval bij ongeveer 90% van alle patiënten met lage rugpijn. Bij deze patiënten staat pijn in de lumbosacrale regio op de voorgrond. Ook kan uitstraling in de bil en het bovenbeen optreden.

De pijn kan verergeren door bepaalde houdingen, bewegingen en het tillen of verplaatsen van lasten. Er zijn geen algemene ziekteverschijnselen zoals koorts of gewichtsverlies. De pijn kan continu aanwezig zijn of in episoden optreden.

- *Specifieke* lage rugpijn wordt onderscheiden in:
 - het lumbosacraal radiculair syndroom: een vorm van specifieke lage rugpijn met radiculaire pijn in 1 been, die al dan niet gepaard gaat met neurologische uitvalsverschijnselen;
 - rugpijn als gevolg van een mogelijk ernstige onderliggende specifieke aandoening, zoals (osteoporotische) wervelfracturen, maligniteiten, spondylitis ankylopoetica, ernstige vormen van kanaalstenose, of ernstige vormen van spondylolisthesis.

A.3 Prognose en beloop

Acute lage rugpijn gaat vaak vanzelf over, hoewel de kans aanwezig is op restklachten of recidieven. Bij meer dan 90% van de mensen leidt rugpijn niet tot werkverzuim. Van de mensen die wel verzuimen, heeft over het algemeen driekwart binnen 4 weken het werk hervat. Bij een kleine groep houden de klachten echter aan, wat kan leiden tot langdurig werkverzuim en geringe kans op volledig herstel.

Normaal beloop van lage rugpijn

Er is sprake van een 'normaal beloop' wanneer de activiteiten en participatie in de tijd geleidelijk toenemen (tot het niveau van voor de klachtenepisode). Vaak zal ook de pijn verminderen. Dit houdt niet in dat de lage rugpijn altijd geheel verdwijnt, maar dat de lage rugpijn het uitvoeren van activiteiten en participatie niet (meer) in de weg staat.

Afwijkend beloop van lage rugpijn

Er is sprake van een 'afwijkend beloop' als de beperkingen en participatieproblemen in de tijd niet afnemen, maar gelijk blijven of zelfs toenemen. We spreken van een afwijkend beloop en een vertraagd herstel als er gedurende 3 weken geen duidelijk toename in activiteiten en afname in participatieproblemen is geweest.

^I Bart Staal, PhD, fysiotherapeut / epidemioloog, senior onderzoeker, IQ Healthcare, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen.

^{II} Erik Hendriks, PhD, fysiotherapeut / epidemioloog, senior onderzoeker, Capaciteitsgroep Epidemiologie, Maastricht University, Maastricht.

^{III} Marcel Heijmans, MSc, fysiotherapeut / manueel therapeut, afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort.

^{IV} Henri Kiers, MSc, fysiotherapeut / manueel therapeut, onderzoeker Hogeschool Utrecht, vertegenwoordiger namens NVMT, Amersfoort.

^V Marlene Lutgers-Boomsma, MSc, fysiotherapeut / bedrijfsfysiotherapeut / Master Stressmanagement en re-integratie, namens de NVBF en College van Specialisten Verenigingen.

^{VI} Geert Rutten PhD, MPH, fysiotherapeut / manueel therapeut, postdoc onderzoeker, Vakgroep Gezondheidsbevordering, Maastricht University, Maastricht.

^{VII} Professor Maurits van Tulder, PhD, epidemioloog, hoogleraar Doelmatigheidsonderzoek, afdeling Gezondheidswetenschappen, Faculteit Aard en Levenswetenschappen, Vrije Universiteit, en Afdeling Epidemiologie & biostatistiek Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam.

^{VIII} Jasper den Boer, PhD, fysiotherapeut / senior onderzoeker, afdeling Revalidatie, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen.

^{IX} Prof. Raymond Ostelo, PhD, hoogleraar Evidence Based Physiotherapy, Faculteit Aard en Levenswetenschappen, Vrije Universiteit, en afdeling Epidemiologie & biostatistiek, Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam.

^X Jan Custers, PhD, fysiotherapeut, senior beleidsadviseur, afdeling Beleid en Ontwikkeling KNGF, Amersfoort (tot augustus 2010); docent Instituut voor Bewegingsstudies, Hogeschool Utrecht, Utrecht.

A.4 Directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF)

Bij iedere patiënt die zich zonder verwijzing (DTF) aanmeldt bij de fysiotherapeut, zal eerst een screening plaatsvinden. Deze screening is bedoeld om na te gaan of fysiotherapeutische behandeling is geïndiceerd. De fysiotherapeut moet zich een beeld vormen van de klachten en symptomen en de eventuele aanwezigheid van rode vlaggen. Rode vlaggen zijn patronen van symptomen of tekenen (waarschuwingssignalen) die kunnen wijzen op min of meer ernstige pathologie, die aanvullende medische diagnostiek vereisen.

Rode vlaggen

Rode vlaggen zijn tekenen of signalen die alleen of in combinatie, wijzen op een mogelijke (ernstige), specifieke oorzaak van de lage rugpijn, waarvoor aanvullende diagnostiek nodig is.

Over de volgende rode vlaggen bestaat consensus:

- Begin van lage rugpijn na het 50^e levensjaar, continue pijn onafhankelijk van houding of beweging, nachtelijke pijn, algehele malaise, maligniteit in de voorgeschiedenis, onverklaard gewichtsverlies, verhoogde bloedbezinkingssnelheid (BSE) → maligniteit?
- Recente fractuur (< 2 jaar geleden), eerdere wervelfractuur, leeftijd boven de 60 jaar, laag lichaamsgewicht (< 60 kg/ BMI < 20 kg/m²), ouder met heupfractuur, langdurig corticosteroïdengebruik, lokale klop-, druk- en asdrukpijn van de wervelkolom, opvallende lengtevermindering, versterkte thoracale kyfose → osteoporotische wervelfractuur?
- Begin van lage rugpijn voor het 20e levensjaar, man, iridocyclitis, onverklaarde perifere artritis of inflammatoire darmaandoening in voorgeschiedenis, vooral nachtelijke pijn, ochtendstijfheid > 1 uur, minder pijn bij liggen/ bewegen/oefenen, goede reactie op NSAID's, verhoogde BSE → spondylitis ankylopoetica?
- Ernstige lage rugpijn aansluitend aan een trauma → wervelfractuur?
- Begin van lage rugpijn voor het 20e levensjaar, palpabel trapje in het verloop van de processu spinosi ter hoogte van L4-L5 → ernstige vorm van spondylolisthesis?

Als er op basis van de rode vlaggen een patroon te herkennen is dat wijst op een ernstige aandoening of als er juist geen patroon te herkennen valt, moet de therapeut de patiënt hierover informeren en het advies geven om contact op te nemen met de huisarts. Over de communicatie tussen de fysiotherapeut en de huisarts zijn lokaal afgestemde afspraken mogelijk ten aanzien van de gang van zaken als de fysiotherapeut rode vlaggen constateert. De diagnostiek en behandeling bij mogelijk ernstige specifieke aandoeningen, alsmede de behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom, vallen buiten het bestek van deze richtlijn.

B Diagnostisch proces

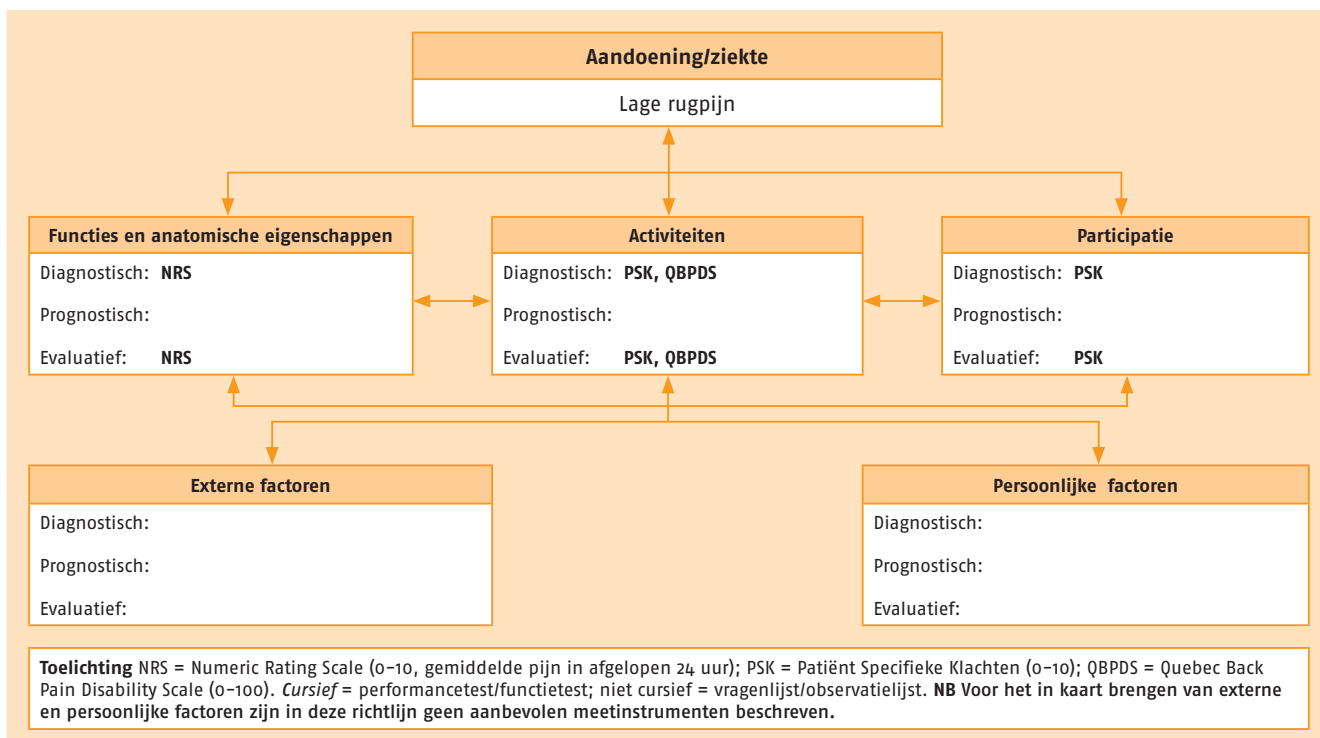
Als de patiënt is verwezen door de huisarts of de specialist zal een uitgebreide intake worden gedaan om te beoordelen of er een indicatie bestaat voor fysiotherapie en/of manuele therapie en moeten vanzelfsprekend ook de rode vlaggen worden beoordeeld. Als er op basis van de rode vlaggen een patroon te herkennen is dat wijst op een ernstige aandoening of als er juist geen patroon te herkennen valt, moet de therapeut de patiënt hierover informeren en het advies geven om contact op te nemen met de huisarts. Indien er een behandeling fysiotherapie en/of manuele therapie is geïndiceerd, zal de al uitgevraagde informatie worden aangevuld. Tijdens de anamnese stelt de fysiotherapeut de (aanvullende) vragen die nodig zijn om de gezondheidsproblemen in kaart te brengen die zullen leiden tot formulering van de uiteindelijke hulpvraag.

B.1 Anamnese

Aandachtspunten in de anamnese bij patiënten met lage rugpijn zijn:

- inventarisatie van de klachten;
- screening op 'rode vlaggen' (paragraaf A.4)
- inventarisatie van de status presens: ernst en soort klachten (stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten, participatieproblemen);
- inventarisatie van het begin van de klachten:
 - situatie voordat de klachten begonnen (niveau van activiteiten, mate van participatie);
 - ontstaansmoment en ontstaanswijze van de klachten, de mogelijke invloed van werkomstandigheden;
- inventarisatie van het beloop van de klachten (normaal of afwijkend):
 - eerdere diagnostiek en behandeling en het resultaat van die behandeling;
 - eerder verkregen informatie (welke informatie; door wie gegeven);
 - aanwezigheid van (psychosociale) herstelbelemmerende factoren (zie tabel 1);
- inventarisatie van de overige gegevens:
 - nevenaandoeningen;
 - huidige behandeling: medicijnen / andere behandeling / adviezen / hulpmiddelen;
 - sociale anamnese met betrekking tot werk, huisvesting en gezinssituatie;
- vaststellen van de hulpvraag.

Voor een aantal klinische problemen zijn meetinstrumenten beschikbaar om de parameters te objectiveren. De meetinstrumenten die van toepassing kunnen zijn bij patiënten met lage rugpijn zijn op systematische wijze gekoppeld aan de gezondheidsdomeinen van de ICF. In figuur 1 staat een overzicht van de aanbevolen meetinstrumenten. Deze instrumenten kunnen worden toegepast wanneer daar in de praktijk aanleiding toe is. Deze meetinstrumenten zijn beschikbaar via www.meetinstrumentenzorg.nl. Om de mate van pijn en andere voor de patiënt specifieke klachten in kaart te brengen, worden de Numeric Rating Scale (NRS, 0-10 punten, gemiddelde pijn in de afgelopen 24 uur) en de vragenlijst Patiënt Specifieke Klachten (PSK, 0-10 punten) geadviseerd; voor het evalueren van de functionele status de Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS). Deze meetinstrumenten kunnen tevens dienen als uitgangspunt voor verdere anamnese.



Figuur 1. Overzicht van de aanbevolen meetinstrumenten.

De NRS, PSK en QBPDS moeten zowel aan het begin als aan het eind van de behandelingsperiode worden afgenomen, de NRS en de PSK kunnen ook tussentijds worden afgenomen, bijvoorbeeld iedere 3 weken.

Bij recidiverende lage rugpijn moet speciale aandacht worden besteed aan de oorzaken die aan het recidiveren van de pijn ten grondslag zouden kunnen liggen (bijvoorbeeld een verandering in (werk)belasting of werkdruk en bewegingsactiviteiten), aan de duur van de pijnperiode zelf en de duur van de pijnvrije episoden. Ook moet worden gevraagd naar het gebruik van ergonomische aanpassingen en de mate van therapietrouw (volgt de patiënt eerder gegeven adviezen op, en zo niet, wat is de reden daar van?).

NB. Signalen die duiden op een lumbosacraal radiculair syndroom zijn:

- radiculare uitstralende pijn in een been, en
- pijn in het been die meer op de voorgrond treedt dan de lage rugpijn.

Alhoewel het gebruik van vragenlijsten voor het vaststellen van psychosociale herstelbelemmerende factoren de diagnostiek kan ondersteunen, geeft de richtlijn geen aanbevelingen ten aanzien van specifieke vragenlijsten voor dit doel. Een reden hiervoor is dat afname van sommige vragenlijsten specifieke vaardigheden vereisen en dat niet van alle vragenlijsten de afkappunten duidelijk zijn gedefinieerd.

Tabel 1. Factoren die het herstel van lage rugpijn kunnen vertragen.

aan rugpijn gerelateerde factoren	hoge mate van beperkingen in activiteiten uitstralende pijn wijdverbreide pijn
individuele factoren	oudere leeftijd slechte algemene gezondheidstoestand
psychosociale factoren	psychologische en psychosociale stress pijngerelateerde angsten/vermijdingsgedrag somatisatie depressieve klachten
werkgerelateerde factoren	slechte relaties met collega's zware fysieke taakeisen

B.2 Onderzoek

Het doel van het onderzoek (inspectie en lichamelijk onderzoek) is nader onderzoeken van de bevindingen uit de anamnese. Uitgangspunten hierbij zijn de stoornissen, beperkingen in activiteiten (zoals volhouden van de zithouding, een voorwerp oppakken van de grond of het opstaan vanuit een liggende houding etc.), en participatieproblemen die de patiënt tijdens de anamnese naar voren heeft gebracht.

Het lichamelijk onderzoek vindt plaats in de aangedane regio, en in de biomechanisch en fysiologisch gerelateerde gewrichten van die regio, waarbij al dan niet uitgebreid aan bod kunnen komen:

- onderzoek van de gewrichten van de thoracale, lumbale en lumbosacrale wervelkolom, het bekken en de heupen, namelijk:
 - beoordeling per bewegingssegment op uitslag, richting, bewegingsweerstand en eindgevoel;
 - beoordeling op consistentie en provocatie van pijn en uitstraling;
- onderzoek van spieren, namelijk:
 - beoordeling op spierlengte, rekbaarheid, eindgevoel, contractiegevoeligheid, rekgevoeligheid, tonus, coördinatie en kracht;
- onderzoek van de (paraspinale) huid, namelijk:
 - beoordeling op oppakbaarheid, verschuifbaarheid, plooibaarheid en eindgevoel;
- uitvoering van activiteiten die beperkt zijn.

Op grond van de resultaten van het lichamelijk onderzoek tracht de therapeut stoornissen in functies te achterhalen die gerelateerd zijn aan de beperkingen in activiteiten en de participatieproblemen. Bij een vermoeden van radicaire uitstraling op basis van gegevens uit de anamnese gaat de therapeut na of het teken van Lasègue positief is door uitvoering van de Straight leg raising test. Ook onderzoekt hij de spierkracht en bepaalt hij de vinger-vloer-afstand bij vooroverbuigen (positief bij > 25 cm).

B.3 Analyse

Op basis van de anamnese en de uitkomsten van het lichamelijk onderzoek, maar mogelijk ook al op basis van de anamnese alleen, schat de therapeut in of er sprake is van rode vlaggen die wijzen op mogelijk ernstige pathologie. Bij een vermoeden van ernstige pathologie vanwege de aanwezigheid van een of meerdere rode vlaggen overlegt de therapeut met de huisarts, en/of verwijst de therapeut de patiënt naar de huisarts terug.

Zijn er geen rode vlaggen en ook geen aanwijzingen voor een lumbosacraal radiculair syndroom, dan gaat de therapeut uit van specifieke lage rugpijn. Op grond van de anamnese heeft de therapeut het beloop van de pijn en van de beperkingen en participatieproblemen in kaart gebracht en schat de therapeut in of er sprake is van een normaal beloop of van een vertraagd herstel. Als er naar de inschatting van de therapeut sprake is van een vertraagd herstel, moet worden nagegaan of er factoren zijn die het langer voortbestaan van de rugpijnepisode kunnen verklaren. In tabel 1 zijn de factoren opgenomen waarvan bekend is dat zij het herstel kunnen vertragen.

Op basis van de gegevens uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek maakt de therapeut een keuze uit een van de volgende profielen.

Profiel 1

Aspecifieke lage rugpijn met een normaal beloop van het herstel.

Profiel 2

Aspecifieke lage rugpijn met een afwijkend beloop zonder dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren.

Profiel 3

Aspecifieke lage rugpijn met een afwijkend beloop met dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren.

C Therapeutisch proces

C.1 Fysiotherapeutische/manueeltherapeutische behandeling

Als er sprake is van een indicatie voor fysiotherapie/manuele therapie stelt de therapeut in overleg met de patiënt, en eventueel derden (andere disciplines, relaties van de patiënt), een behandelplan op.

Het profiel dat bij de individuele patiënt van toepassing is, vormt het uitgangspunt van de behandeling en is richtinggevend voor het behandelplan.

Het behandelplan bevat:

- de einddoelen inclusief het tijdspad;
- de gekozen verrichtingen;
- de planning van evaluatiemomenten en de wijze van evalueren;
- het verwachte aantal behandelingen (overschrijding van het verwachte aantal behandelingen is een reden tot evaluatie en mogelijke bijstelling van het profiel).

C.1.1 Profiel 1 – Normaal beloop

In maximaal 3 behandelingen geeft de therapeut informatie en advies, en kan de patiënt ervaren dat bewegen gunstig is. De therapeut stelt de patiënt gerust en legt uit dat het beloop van de lage rugpijn bij de meeste patiënten gunstig is, maar ook dat de kans groot is dat de pijn na het herstel terugkomt, maar dat dit activiteiten niet in de weg hoeft te staan. Ook legt de therapeut uit dat de pijn in de lage rug niet schadelijk is en dat toename van deze pijn ook niet samengaat met beschadiging van structuren. Kortom, de boodschap is dat (gedoseerde) beweging het herstel bevordert. De therapeut stimuleert de patiënt om zijn activiteiten uit te breiden en adviseert hoe de belasting het beste kan worden opgebouwd. In geval van werkverzuim adviseert de therapeut de patiënt om het werk zo spoedig mogelijk te hervatten, eventueel met een tijdelijke aanpassing van werkzaamheden.

Beleid bij een normaal beloop (profiel 1)

- Stel gerust.
- Leg uit dat rugpijn niet ernstig is, vaak vanzelf overgaat, maar wel eens kan terugkomen.
- Adviseer bij voorkeur geen continue bedrust. Adviseer een bedrust van maximaal 2 dagen als bedrust de enige manier is waarop de patiënt de pijn onder controle kan houden en leg uit dat de bedrust daarna moet worden afgebouwd.
- Vermijd adviezen die de patiënt aanzetten tot passiviteit en stimuleer een lichamenlijk actieve leefstijl.
- Geef aan dat toename van activiteit niet samengaat met beschadiging van structuren in de rug.
- Leg uit dat (gedoseerde) beweging, opbouw van activiteiten, blijven werken of zo nodig hervatten van werkzaamheden (eventueel met tijdelijke aanpassing van werkzaamheden) het herstel bevordert.
- Beperk het aantal behandelingen tot maximaal 3 zittingen.

C.1.2 Profiel 2 – Afwijkend beloop zonder dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren

Op basis van anamnese en lichamenlijk onderzoek heeft de therapeut geconcludeerd dat er geen psychosociale herstelbelemmerende factoren aanwezig zijn.

De patiënt krijgt dezelfde voorlichting en adviezen als de patiënt bij wie het beloop van de rugpijn normaal is. Daarnaast schrijft de therapeut een oefentherapieprogramma voor. Uit onderzoek naar de effectiviteit van dergelijke programma's is niet duidelijk geworden welk type oefeningen het beste is. Geadviseerd wordt om een oefentherapieprogramma aan te bieden dat aansluit bij de behoefte van de patiënt en bij de expertise en ervaring van de therapeut. De patiënt krijgt het advies om ook thuis te oefenen, het activiteitsniveau uit te breiden en, indien van toepassing, werkzaamheden te hervatten, eventueel met tijdelijke aanpassing van die werkzaamheden.

Bij een vermoeden dat de fysieke belasting van het werk het herstel in de weg staat, moet de therapeut contact opnemen met de bedrijfsarts, de bedrijfsfysiotherapeut of de arbodienst om het beleid in relatie tot de werkhervatting te bespreken.

Als de therapeut vermoedt dat er stoornissen in functies zijn die in verband zouden kunnen staan met het voortduren van de pijnklachten en de beperkingen, zijn eventueel manuele technieken zoals artrogene mobilisaties of eventueel manipulaties (manueel therapeut) aangewezen. Deze technieken zijn ook aangewezen in geval van exacerbaties. Indien een dergelijke behandeling niet binnen de expertise van de therapeut zelf ligt, kan de therapeut voor nader overleg, advies of doorverwijzing contact opnemen met een manueel therapeut. Warmtetherapie en massage zijn aangewezen bij toegenomen spierspanning. Wel is het advies om terughoudend te zijn ten aanzien van passieve behandelvormen, omdat behandeling en begeleiding gericht moeten zijn op zelfredzaamheid van de patiënt. Om dezelfde reden is het advies om terughoudend te zijn ten aanzien van elektrotherapie, transcutaneus electrical nerve stimulation (TENS), ultrakortegolf (UKG), ultrageluid en laser, maar ook vanwege gebrek aan bewijs voor de effectiviteit van deze vormen van fysieke therapie in engere zin.

Beleid bij specifieke lage rugpijn met een afwijkend beloop zonder dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren (profiel 2)

- Vermijd adviezen die de patiënt aanzetten tot passiviteit en stimuleer een lichamenlijk actieve leefstijl.
- Geef aan dat toename van de pijn niet samengaat met beschadiging van structuren in de rug.
- Stimuleer (gedoseerde) beweging, opbouw van activiteiten en blijven werken of het hervatten van werkzaamheden (eventueel met tijdelijke aanpassing van die werkzaamheden).
- Stel een oefenprogramma op dat aansluit bij de behoefte van de patiënt en de eigen expertise en ervaring als therapeut.
- Overweeg bij stoornissen in gewrichtsfuncties:
 - artrogene mobilisatie of manipulatie* en/of
 - kortdurende massage of warmtetherapie ter vermindering van de pijn.
- Vraag bij werkverzuim langer dan 4 weken naar afspraken die zijn gemaakt met de bedrijfsarts en bespreek indien nodig het beleid met deze arts en/of de bedrijfsfysiotherapeut.

* Verwijs hiervoor eventueel door naar een manueel therapeut.

De therapeut evalueert regelmatig zowel de inhoud als het resultaat van de behandeling. In eerste instantie door middel van een gesprek met de patiënt.

Indien de behandeling na 3 weken geen effect heeft gehad (in de zin van toename van activiteiten en participatie) neemt de therapeut contact op met de huisarts. Ook vraagt de therapeut, indien van toepassing, naar afspraken die de patiënt heeft gemaakt met de bedrijfsarts en neemt hij zo nodig contact op met deze arts om het verdere beleid te bespreken.

C.1.3 Profiel 3 – Afwijkend beloop met dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren

Op basis van anamnese, lichamenlijk onderzoek en eventueel afgenomen vragenlijsten, heeft de therapeut geconcludeerd dat er sprake is van een of meerdere factoren die het herstel belemmeren. De therapeut brengt de patiënt op de hoogte van de bevindingen en geeft uitleg over de ongunstige invloed van deze psychosociale factoren op het herstel. Ook stelt de therapeut de patiënt gerust.

De behandeling van deze patiëntengroep komt in principe overeen met die van patiënten met profiel 1 en 2, maar er zijn accentverschillen: a) voorlichting en advies krijgen meer nadruk, b) mogelijk is de noodzaak tot multidisciplinair overleg c.q. samenwerking groter en c) in het oefentherapieprogramma ligt de nadruk meer op gedragsmatige principes. Sommige patiënten vermijden bijvoorbeeld bewegingen waarvan zij denken dat die ongunstig zijn voor het herstel van de rugpijn of hebben onjuiste ideeën over de oorzaak en de gevolgen van de rugpijn. De therapeut geeft de patiënt dan voorlichting over het feit dat gedoseerd bewegen juist het herstel bevordert. Deze boodschap kan in het oefenprogramma bekrachtigd worden door de patiënt stapsgewijs steeds meer bloot te stellen aan deze 'gevaarlijke' bewegingen.

Het verdient aanbeveling om in geval van depressieve gevoelens of somatisatie die niet door de therapeut te beïnvloeden zijn, contact

op te nemen met de huisarts, bedrijfsarts en/of psycholoog om het verdere beleid te bepalen. Ook samenwerking met of advies vragen aan een psychosomatisch fysiotherapeut behoort tot de mogelijkheden. Bij een overmatige medische consumptie (overmatig medicijngebruik of 'shopping') is overleg met de huisarts zinvol. Als een patiënt zwaar lichamelijk werk verricht, als er sprake is van langdurig ziekteverzuim of wanneer er een arbeidsconflict is, moet de therapeut contact opnemen met de bedrijfsarts of de arbodienst, om: a) beleid te bepalen en b) het beleid zoals geformuleerd in het behandelplan af te stemmen op het beleid van de andere disciplines.

Voor het hervatten of uitbreiden van activiteiten wordt bij voorkeur een tijdcontingent oefenprogramma ('graded activity') opgesteld. Tijdcontingent wil zeggen: een stapsgewijze opbouw van de activiteiten op basis van een vooraf afgesproken oefenbelasting en tijdschema, en niet op basis van de pijn. Het doel van een tijdcontingente benadering is de aandacht te verleggen van de pijn naar de activiteiten. De pijn wordt hierbij door de therapeut niet genegeerd of gebagatelliseerd. De therapeut erkent de aanwezigheid van de pijn, maar leert aan de patiënt zich in het functioneren niet door de pijn te laten leiden. Met het toenemen van de activiteiten tijdens de behandeling, moet de patiënt ook in zijn eigen omgeving stapsgewijs meer activiteiten gaan ontplooiën. Hiermee vindt overdracht plaats van de behandelresultaten naar het dagelijks leven van de patiënt. Het verdient aanbeveling een dergelijk tijdgebonden oefenprogramma zo mogelijk in te bedden in een bedrijfsgeneeskundige setting wanneer dit van toepassing is. De therapeut kan de oefendoelen dan namelijk koppelen aan stapsgewijs opgebouwde doelen voor werkhervatting. Een dergelijk traject dient vanzelfsprekend plaats te vinden in overleg met de bedrijfsarts of arbodienst. De oefeningen dienen bij voorkeur te lijken op handelingen die de patiënt op het werk verricht en die deze als problematisch ervaart.

De therapeut evalueert de behandeling regelmatig. Daarnaast wordt de invloed van de psychosociale herstelbelemmerende factoren regelmatig besproken, om te achterhalen of daar verandering in is gekomen en/of deze minder invloed hebben gekregen op de rugpijn. Indien de behandeling na 3-6 weken geen effect heeft gehad (in de zin van toename van activiteiten en participatie) neemt de therapeut contact op met de huisarts of bedrijfsarts om het verdere beleid te bespreken.

Beleid bij specifieke lage rugpijn met een afwijkend beloop met dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren (profiel 3)

- Adviseer de patiënt te blijven bewegen en informeer hem erover dat bewegen geen kwaad kan en zelfs leidt tot sneller herstel.
- Benadruk dat de aanwezige psychosociale factoren (depressieve gevoelens, angst voor bewegen, catastroferen etc.) een ongunstige invloed kunnen hebben op het herstel.
- Adviseer contact op te nemen met de huisarts, bedrijfsarts, en/of psycholoog als ernstige of persisterende psychosociale factoren het herstel belemmeren en bespreek het te volgen beleid.

- Bespreek het beleid met de bedrijfsarts, de bedrijfsfysiotherapeut of de arbodienst indien zwaar lichamelijk werk, langer durend ziekteverzuim of een arbeidsconflict het herstel belemmeren of als samenwerking het herstel bespoedigt.
- Stimuleer (gedoseerde) beweging, opbouw van activiteiten, blijven werken of zo nodig hervatten van werkzaamheden (eventueel met tijdelijke aanpassing van werkzaamheden).
- Schrijf een tijdcontingent oefenprogramma voor.
- Probeer in geval van werkverzuim de doelen van het oefenprogramma samen te laten vallen met doelen voor werkhervatting.
- Neem contact op met de huisarts indien de behandeling na 3-6 weken geen effect heeft gehad (in de zin van toename van activiteiten en participatie) en beëindig de behandeling.

C.2 Multidisciplinaire behandeling

Wanneer sprake is van lage rugpijn met een afwijkend beloop en vertraagd herstel, wordt in voorkomende gevallen de patiënt behandeld door een multidisciplinair team van hulpverleners. Hierbij valt te denken aan behandelingen in revalidatiecentra of betrokkenheid van een re-integratiebedrijf. De therapeut kan op grote lijnen ook in deze situaties de adviezen van deze richtlijn volgen.

C.3 Stoppen met de behandeling

Wanneer de vooraf afgesproken doelen bereikt zijn, wordt de behandeling afgesloten. Ook als deze doelen niet bereikt zijn, komt er een moment dat de behandeling wordt afgesloten. Wanneer er bijvoorbeeld gedurende 3-6 weken geen vooruitgang wordt geboekt, is het niet zinvol de behandeling te continueren. De kans dat er hierna vooruitgang optreedt, is gering. Dit wordt ook als zodanig met de patiënt besproken vóór de laatste behandeling. Tijdens de laatste behandeling wordt het verloop van de behandeling geëvalueerd, mede aan de hand van de afgenomen meetinstrumenten.

De therapeut geeft ter afsluiting de volgende informatie aan de patiënt mee:

- Het is raadzaam lichamelijk actief te blijven of te worden (bijvoorbeeld door lid te worden van een sportvereniging), ook bij eventuele restpijn.
- Lichamelijke activiteit bevordert de fitheid en het herstel en leidt niet tot een verhoogde kans op terugkeer van de rugpijn.
- De kans is aanwezig dat de rugpijn terugkomt, maar dit hoeft, afgezien van het feit dat de pijn vervelend is, een actieve leefstijl en werken niet in de weg te staan.

C.4 Verslaglegging en verslaggeving

Verslaglegging vindt gedurende het gehele behandelproces plaats volgens de stappen van het methodisch handelen zoals beschreven in de *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaggeving* uit 2011. Afwijken van de richtlijn en de reden daarvoor dient te worden vastgelegd, evenals contra-indicaties voor verdere fysiotherapeutische/manueeltherapeutische behandeling.

Bij beëindiging van de behandeling moet de huisarts en, indien de patiënt werd verwezen door de specialist, ook deze specialist, worden geïnformeerd over het behandelresultaat. Indien van toepassing worden gegevens over nazorg (monitoring) gerapporteerd. Ook indien er sprake was van DTF moet verslag worden gedaan aan de huisarts.

Dankwoord

Voor de totstandkoming van deze richtlijn is een bijzonder woord van dank op zijn plaats aan de leden van de werkgroep tweede

kring voor hun zeer gewaardeerde bijdrage. Dit zijn (in alfabetische volgorde): dr. D.J. Bruinvels namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), T. van Dongen namens Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom' (NVVR), dr. J. Geraets namens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en M. van Veelen namens de Nederlandse vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP). Naamsvermelding als referent betekent niet dat ieder referent de richtlijn inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

Bijlagen

Bijlage 1 Samenvattende aanbevelingen

Diagnostisch proces

1 Meetinstrumenten

De werkgroep adviseert voor het in kaart brengen van stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen de volgende meetinstrumenten:

- Numeric Rating Scale Pijn (NRS Pijn);
- Patiënt Specifieke Klachten (PSK);
- Quebec Back Pain Disability Scale (QBPD).

NB. De werkgroep doet geen aanbevelingen over specifieke vragenlijsten die kunnen worden gebruikt om de herstelbelemmerende factoren in kaart te brengen.

2 Klinische predictieregels

Het nut van klinische predictieregels bij lage rugpijn is tot op heden onvoldoende aangetoond. Toepassing van deze regels in de praktijk wordt in deze richtlijn daarom niet aanbevolen.

3 Lumbosacraal radiculair syndroom

De volgende bevindingen duiden op een lumbosacraal radiculair syndroom:

- een positieve SLR (het teken van Lasègue)
- spierzwakte
- een vinger-vloer afstand > 25 cm bij vooroverbuigen

Therapeutisch proces

4 Beleid bij aspecifieke lage rugpijn met een normaal beloop (profiel 1)

- Stel gerust.
- Leg uit dat rugpijn niet ernstig is, vaak vanzelf overgaat, maar wel eens kan terugkomen.
- Adviseer bij voorkeur geen continue bedrust. Adviseer een bedrust van maximaal 2 dagen als bedrust de enige manier is waarop de patiënt de pijn onder controle kan houden en leg uit dat de bedrust daarna moet worden afgebouwd.
- Vermijd adviezen die de patiënt aanzetten tot passiviteit en stimuleer een lichamenlijk actieve leefstijl.
- Geef aan dat toename van activiteit niet samengaat met beschadiging van structuren in de rug.
- Leg uit dat (gedoseerde) beweging, opbouw van activiteiten, blijven werken of zo nodig hervatten van werkzaamheden (eventueel met tijdelijke aanpassing van werkzaamheden) het herstel bevordert.
- Beperk het aantal behandelingen tot maximaal 3 zittingen.

5 Beleid bij aspecifieke lage rugpijn met een afwijkend beloop zonder dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren (profiel 2)

- Vermijd adviezen die de patiënt aanzetten tot passiviteit en stimuleer een lichamenlijk actieve leefstijl.
- Geef aan dat toename van de pijn niet samengaat met beschadiging van structuren in de rug.
- Stimuleer (gedoseerde) beweging, opbouw van activiteiten en blijven werken of het hervatten van werkzaamheden (eventueel met tijdelijke aanpassing van die werkzaamheden).
- Stel een oefenprogramma op dat aansluit bij de behoefte van de patiënt en de eigen expertise en ervaring als therapeut.
- Overweeg bij stoornissen in gewrichtsfuncties:
 - artrogene mobilisatie of manipulatie en/of
 - kortdurende massage of warmtetherapie ter vermindering van de pijn.
 Verwijs hiervoor eventueel door naar een manueel therapeut.
- Vraag bij werkverzuim langer dan 4 weken naar afspraken die zijn gemaakt met de bedrijfsarts en bespreek indien nodig het beleid met deze arts en/of de bedrijfsfysiotherapeut.

NB. De werkgroep ontraadt elektrotherapie, TENS, UKG, ultrageluid en tractie vanwege gebrek aan evidentie.

6 Beleid bij specifieke lage rugpijn met een afwijkend beloop met dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren (profiel 3)

- Adviseer de patiënt te blijven bewegen en informeer hem erover dat bewegen geen kwaad kan en zelfs leidt tot sneller herstel.
- Benadruk dat de aanwezige psychosociale factoren (depressieve gevoelens, angst voor bewegen, catastroferen etc.) een ongunstige invloed kunnen hebben op het herstel.
- Adviseer contact op te nemen met de huisarts, bedrijfsarts, en/of psycholoog als ernstige of persisterende psychosociale factoren het herstel belemmeren en bespreek het te volgen beleid.
- Bespreek het beleid met de bedrijfsarts, de bedrijfsfysiotherapeut of de arbodienst indien zwaar lichamelijk werk, langer durend ziekteverzuim of een arbeidsconflict het herstel belemmeren of als samenwerking het herstel bespoedigt.
- Stimuleer (gedoseerde) beweging, opbouw van activiteiten, blijven werken of zo nodig hervatten van werkzaamheden (eventueel met tijdelijke aanpassing van werkzaamheden).
- Schrijf een tijdcontingent oefenprogramma voor.
- Probeer in geval van werkverzuim de doelen van het oefenprogramma samen te laten vallen met doelen voor werkhervatting.
- Neem contact op met de huisarts indien de behandeling na 3-6 weken geen effect heeft gehad (in de zin van toename van activiteiten en participatie) en beëindig de behandeling.

