

Ketenzorgrichtlijn

Aspecifieke Lage Rugklachten

5

10

INITIATIEF:

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

15 Nederlands Huisartsen Genootschap

Nederlandse Orthopaedische Vereniging

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

20

MANDATERENDE VERENIGINGEN/INSTANTIES:

Dutch Spine Society

Ergotherapie Nederland

Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen

25 Nederlandse Chiropractoren Associatie

Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen

Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'De Wervelkolom'

Nederlandse Vereniging voor Radiologie

Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen

30 Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde

Nederlandse Vereniging voor Reumatologie

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsfysiotherapeuten

Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie

35 Nederlandse Vereniging voor Neurologie

Stichting Patiëntbelangen Orthopaedie

Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck

40 **FINANCIERING:**

Deze richtlijn is tot stand gekomen met financiële steun van ZonMw in het kader van het programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ)

Colofon

Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke Lage rugklachten

- 5 © 2010, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Postbus 248
3800 AE AMERSFOORT
www.kngf.nl
- 10 © 2010, Nederlands Huisartsen Genootschap
Postbus 3231
3502 GE UTRECHT
www.nhg.org
- 15 © 2010, Nederlandse Orthopaedische Vereniging
Bruistensingel 128
5232 AC DEN BOSCH
www.orthopeden.org
- 20 © 2010, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
Postbus 2113
3500 GC UTRECHT
www.nvab-online.nl
- 25 Alle rechten voorbehouden.
De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever.
- 30 Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgevers aanvragen. (Internet)adressen : zie boven.
- 35 *Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Het CBO biedt via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.*
- 40

INHOUDSOPGAVE

SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP.....	1
STROOMDIAGRAM	3
STROOMDIAGRAM	4
HOOFDSTUK 1. ALGEMENE INLEIDING	5
HOOFDSTUK 2. OVERZICHT AANBEVELINGEN	11
HOOFDSTUK 3. PATIËNTENPROFIELEN	17
HOOFDSTUK 4. SAMENWERKING EN COMMUNICATIE.....	21
HOOFDSTUK 5. WERKHERVATTING.....	29
HOOFDSTUK 6. IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJN.....	37
BIJLAGE 1. KNELPUNTENANALYSE	41
BIJLAGE 2. UITGANGSVRAGEN.....	43
BIJLAGE 3. PATIËNTENVOORLICHTINGSMATERIAAL ACUTE FASE.....	45
BIJLAGE 4. PATIËNTENVOORLICHTINGSMATERIAAL CHRONISCH BELOOP	51

SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Kerngroep

- 5 - Prof. dr. M.W. van Tulder, Vrije Universiteit, voorzitter
- Dr. J.W.H. Custers, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, projectleider
- Prof. dr. R.A. de Bie, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Mw. drs. R. Hammelburg, Nederlands Huisartsen Genootschap (tot 15 april 2009)
- 10 - Dr. C.T.J. Hulshof, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
- Dr. B.G.M. Kolnaar, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Dr. T. Kuijpers, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
- Dr. R.J.W.G. Ostelo, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Prof. dr. B.J. van Royen, Nederlandse Orthopaedische Vereniging – Dutch Spine Society
- 15 - Mw. drs. A. Sluiter, Nederlands Huisartsen Genootschap (vanaf 15 april 2009)

Adviesgroep

- Dr. P.R. Algra, Nederlandse Vereniging voor Radiologie
- 20 - Mw. A. ten Cate, Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
- Drs. A. de Fretes, Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen
- Drs. R. God, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
- Dr. T.L.Th.A. Jansen, Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
- Mw. drs. R.M. Korste, Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen
- 25 - Drs. P.J.F. de Loos, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
- Mw. A.M. Lutgert-Boomsma, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsfysiotherapeuten
- J.H.A.M. Mutsaers, Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie
- Dr. J. Patijn, Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- 30 - Prof. dr. W. Peul, Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen – Dutch Spine Society
- Mw. L. Riemens, Stichting Patiëntbelangen Orthopaedie
- Mw. T. Rubinstein, Nederlandse Chiropractoren Associatie
- Drs. A.J.H. Satink, Ergotherapie Nederland
- L. Voogt, Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'De Wervelkolom'
- 35

De volgende personen hebben tevens bijgedragen aan de richtlijn

- Mw. drs. A. Groenestijn, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
- Drs. H.J.H. In den Bosch, projectadviseur, Culemborg
- Dr. J.H.A.M. Verbeek, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

STROOMDIAGRAM

Diagnostiek van lage rugklachten

Algemene anamnese

- Duur van de klachten
- Ernst van de klachten (pijn)
- Rode vlaggen
- Gele vlaggen
- Werkverzuim? (Zo ja: contact met bedrijfsarts)

- **Lichamelijk onderzoek**
- Aanwezigheid en ernst van neurologische afwijkingen



Zijn er 'rode vlaggen' aanwezig?

- Duur van de klachten
- begin klachten na 50e jaar, continue pijn of nachtelijke pijn, algehele malaise, maligniteit in de voorgeschiedenis, onverklaard gewichtsverlies
- begin klachten na 60e jaar, vrouw, langdurig corticosteroïdgebruik
- begin klachten voor 20e jaar, man, iridocyclitis, onverklaarde perifere artritis of inflammatoire darmaandoening, nachtelijke pijn, ochtendstijfheid >1 uur
- ernstige lagerugpijn aansluitend aan een trauma



Ja

Patiëntprofiel 1 Rugklachten op basis van ernstige onderliggende specifieke aandoeningen

Overweeg verdere diagnostiek of (onmiddellijke) behandeling in tweede lijn



Nee

Kenmerken van een lumboradicaal syndroom?

- radicaire uitstralende pijn in een been,
- pijn in been meer op de voorgrond dan de lage rugpijn,
- neurologische prikkelings- of uitvalsverschijnselen
- verandering in de reflexen die duiden op radicaire prikkeling



Ja

Patiëntprofiel 2 Rugklachten op basis van het lumbosacraalradicaal syndroom

Behandel volgens CBO-richtlijn 'Lumbosacraalradicaal syndroom'

Nee



Patiëntprofiel 3 Aspecifieke lage rugklachten

Behandeling volgens deze richtlijn, zie stroomdiagram 'Behandeling van aspecifieke lage rugklachten'

STROOMDIAGRAM

Behandeling van aspecifieke lage rugklachten

Algemeen

- Verstrek informatie over het te verwachten beloop, effectieve zelfzorg opties en indicaties tot herevaluatie
- Beveel aan om normale activiteiten (inclusief het werk) zoveel als mogelijk te blijven uitvoeren
- Volg tijdsgebonden aanpak en evalueer de reactie op behandeling

Werknemers die vanwege rugpijn verzuimen van hun werk wordt geadviseerd:

- Binnen 2 tot 4 weken contact op te nemen met de bedrijfsarts indien men het werk nog niet heeft hervat
- Een programma van lichamelijk oefening gericht op werkhervatting te volgen
- Binnen twee weken werk hervatten indien er geen ernstige beperkingen aanwezig zijn
- Binnen één maand werk te hervatten bij ernstige beperkingen of andere ongunstige factoren

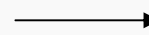
Acute lage rugklachten (< 12 weken)

Behandeloptie

Farmacologische behandeling van eerste keuze paracetamol of NSAID's



Aanhoudende klachten? (na 2 tot 3 weken farmacologische behandeling)



Patiënt hersteld

Nee



Ja

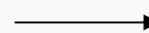
Verwijzing naar multidisciplinair rugteam

(binnen dit team wordt de zorgcoördinator aangewezen)

belangrijk is samenwerking en overleg tussen professionals en met de patiënt.



Aanhoudende klachten?



Patiënt hersteld

Nee



Ja

(Verwijs naar) oefentherapie of manipulatie van de wervelkolom



Bij aanhoudende klachten dient binnen het rugteam de diagnose te worden heroverwogen

HOOFDSTUK 1. ALGEMENE INLEIDING

Aspecifieke lage rugklachten

- 5 Bij lage rugklachten gaat het om pijn of stijfheid onder in de rug in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien. Van alle rugklachten is circa 90% aspecifiek (Picavet, 2005). Aspecifieke lage rugklachten worden gedefinieerd als lage rugklachten, die niet veroorzaakt worden door een specifieke aandoening, zoals een tumor, een (osteoporotische) wervelfractuur of spondylitis ankylopoetica. Indien de lage rugpijn uitstraalt
- 10 naar één been tot in het onderbeen, is er vermoedelijk sprake van het lumbosacraal radiculair syndroom, meestal ten gevolge van een discushernia. Maar ook aspecifieke lage rugklachten gaan soms gepaard met pijn in een of beide (boven)benen, zonder dat er sprake is van een radiculair syndroom.
- 15 Lage rugklachten komen in Nederland veel voor. In een bevolkingsonderzoek bij mensen van 25 jaar en ouder bleek lage rugpijn de meest genoemde klacht van alle klachten van het bewegingsapparaat: 44% gaf aan in het afgelopen jaar wel eens last te hebben gehad van lage rugklachten. Bij 21% van de ondervraagden bleken de klachten langer dan 3 maanden te duren (Picavet, 2003). Lage rugklachten treden het meest op tussen het 35^e en 55^e
- 20 levensjaar en genereren in Nederland jaarlijks aanzienlijke directe (€ 400 miljoen) en indirecte kosten (€ 4 miljard; peildatum 2004)(Slobbe, 2006). Bij 16%procent van het totale aantal verzuimdagen op het werk geeft men rugklachten als oorzaak op. Van de werknemers met langdurig werkverzuim (13 weken of langer) door rugklachten meldt 63% dat de klachten verband houden met het werk (van der Molen, 2009). Bij 14% van hen die in Ne-
- 25 derland staan geregistreerd als arbeidsongeschikt wordt vermeld dat aandoeningen van de rug de oorzaak zijn (Picavet, 2005).

Aanleiding

- In 2006 heeft ZonMw, in opdracht van het ministerie van VWS, een programmalijs
- 30 Kennisbeleid, Kwaliteit en Curatieve Zorg (KKCZ) uitgezet voor de ontwikkeling van nieuwe multidisciplinaire richtlijnen. Aanleiding hiervoor vormde de wens van het ministerie om multidisciplinaire richtlijnen te laten ontwikkelen met meer inbreng - meer dan tot dan toe gebruikelijk - van patiënten en met meer aandacht voor de factor arbeid (beoordeling van de arbeidsmogelijkheden van een patiënt; reïntegratie in het arbeidsproces) (ZonMw, KKCZ).
- 35 In het kader van dit KKCZ programma startte in december 2007 de ontwikkeling van een Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugpijn. Initiatiefnemers voor deze richtlijn waren het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en het Kwaliteitsinstituut voor de
- 40 gezondheidszorg (CBO).

Doelstelling

- In 2003 is op initiatief van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) een multidisciplinaire richtlijn uitgegeven
- 45 over Aspecifieke lage rugklachten. Deze richtlijn geeft aanbevelingen voor diagnostiek en

behandeling bij acute en chronische aspecifieke lage rugklachten op basis van de hoogste mate van bewijs in de wetenschappelijke literatuur (CBO, 2003).

De nu voorliggende richtlijn is geen herziening van voornoemde multidisciplinaire richtlijn maar kan beschouwd worden als een uitbreiding ervan met specifieke aanbevelingen voor samenwerking en communicatie in de ketenzorg voor patiënten met aspecifieke lage rugpijn, en voor het beleid bij werkverzuim ten gevolge van deze aandoening. De richtlijn biedt aanknopingspunten voor lokale (instituu- of regio)protocollen en/of transmurale zorgafspraken. Beide richtlijnen samen bieden een leidraad voor de zorg bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten.

Het merendeel van de patiënten met aspecifieke lage rugklachten ontvangt zorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en zal binnen een paar weken herstellen. Uiteindelijk zal een klein deel van de patiënten ondanks zorg in de eerstelijns niet herstellen. De verwachting is dat eerdere inzet van coordinatie van ketenzorg door een rugconsulent of multidisciplinair rugteam zal leiden tot reductie van het aantal patiënten dat langdurige chronische klachten heeft. Dit team kan in de eerste of tweede lijn georganiseerd worden, en is dus niet gelijk aan de huidige pijn- of revalidatieprogramma's.

Deze richtlijn geeft aanbevelingen voor patiënten met aspecifieke lage rugklachten in de eerstelijnsgezondheidszorg en dan met name gericht op samenwerking en ketenzorg. Voor aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling binnen beroepsgroepen verwijzen wij naar de beroepsspecifieke richtlijnen zoals die er bijvoorbeeld zijn voor huisartsen, fysiotherapeuten en manueel therapeuten, oefentherapeuten, en bedrijfsartsen. Momenteel is er ook een richtlijn 'wervelkolom gerelateerde pijn van de lage rug' in ontwikkeling

25 **Samenstelling van de werkgroep**

Voor de ontwikkeling van de richtlijn werd een kerngroep en een adviesgroep samengesteld, die samen de multidisciplinaire werkgroep vormden. Hiervoor is gekozen om het proces van richtlijnontwikkeling zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Medewerkers van de vier beroepsverenigingen en het CBO die het initiatief namen tot deze richtlijn vormden de kerngroep, met een externe deskundige, prof. dr. M. van Tulder, als voorzitter; allen zijn ervaren richtlijnontwikkelaars en tekstschrijvers. Vertegenwoordigers van andere beroepsverenigingen van zorgverleners betrokken bij de zorg voor patiënten met aspecifieke lage rugpijn vormden de adviesgroep; ook de Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten De Wervelkolom (NVVR) en de Stichting Patiënten Belangen Orthopaedie (SPO) hadden zitting in deze adviesgroep. In totaal waren 22 beroepsgroepen in de werkgroep vertegenwoordigd. Voor een overzicht van de samenstelling van de werkgroep zie pagina 1.

Werkwijze van de werkgroep

Als eerste stap bij de ontwikkeling van deze richtlijn inventariseerde de kerngroep met behulp van een vragenlijst bij alle deelnemende beroepsverenigingen en de 2 patiëntenorganisaties de knelpunten die zij in de bestaande zorg voor patiënten met aspecifieke lage rugpijn ervaren.

Ook organiseerde de kerngroep een bijeenkomst van patiënten met chronische rugklachten, gerekruteerd via fysiotherapeuten en huisartsen (een zogenoemde focusgroep), en verzamelde de knelpunten die zij vanuit het patiëntenperspectief bij de zorg ondervinden. Op basis van een analyse van de verzamelde knelpunten (zie bijlage Knelpunten) formuleerde

de kerngroep een aantal uitgangsvragen en legde die aan de adviesgroep voor. Tijdens een gezamenlijke bijeenkomst stelden kern- en adviesgroep vast welke uitgangsvragen dienden te worden uitgewerkt en beantwoord met aanbevelingen (zie bijlage Uitgangsvragen). Hierbij

5 De gekozen uitgangsvragen vormden de basis voor de aanbevelingen en de andere onderdelen van deze richtlijn.

De kerngroep legde vervolgens voorstellen voor aanbevelingen, indicatoren, patiënten profielen, voorlichtingsbrochures en een stroomdiagram voor diagnostiek en behandeling voor aan de adviesgroep. Na enkele commentaarrondes, zowel schriftelijke als mondelinge
10 in de vorm van discussiebijeenkomsten, is een conceptrichtlijn vastgesteld. Deze werd vervolgens voor commentaar aangeboden aan de betrokken beroeps- en patiëntverenigingen. Na de verwerking van het commentaar werd het project afgesloten met de inlevering van de definitieve richtlijn bij ZonMw in augustus 2010. Vervolgens werd de richtlijn aangeboden ter autorisatie aan de betrokken beroeps- en patiëntverenigingen.

15

Wetenschappelijke onderbouwing

De tekst betreffende behandeling van acute specifieke lage rugklachten is gebaseerd op reviews uitgevoerd binnen de Cochrane Back Review Group; de literatuur betreffende diagnostiek en de literatuur betreffende behandeling van chronische lage rugklachten is
20 systematisch samengevat, waarbij studies zijn meegenomen die tot april 2009 zijn gepubliceerd. Dit systematisch literatuuronderzoek is uitgevoerd in opdracht van het College van Zorgverzekeringen en inmiddels gepubliceerd (Henscke 2010, Kuijpers 2010, Rubinstein 2010, van Middelkoop 2010). Daar waar de aanbevelingen en het wetenschappelijk bewijs verschillend zijn ten opzichte van de multidisciplinaire richtlijn uit
25 2003 wordt dat expliciet vermeld.

In het kader van de ontwikkeling van de ketenzorgrichtlijn is alleen uitgebreid literatuuronderzoek verricht voor het onderdeel 'Werkhervatting'. De uitgangsvraag over werkhervatting is uitgewerkt volgens de EBRO systematiek (CBO). De beoordeling van de
30 verschillende artikelen vindt u in hoofdstuk 5 onder het kopje 'samenvatting van de literatuur'. Het wetenschappelijk bewijs is vervolgens kort samengevat in een 'conclusie'. De belangrijkste literatuur waarop deze conclusie is gebaseerd, staat bij de conclusie vermeld, inclusief de mate van bewijs. Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast het wetenschappelijk bewijs nog andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: patiëntvoorkeuren,
35 kosten, beschikbaarheid van middelen en mensen of organisatorische aspecten. Deze aspecten staan, vermeld onder het kopje 'overige overwegingen'. In de overige overwegingen spelen dus de ervaring en de mening van de werkgroepleden een belangrijke rol. De 'aanbeveling' is het resultaat van de integratie van het beschikbare bewijs met de weergegeven overige overwegingen.

40 Naar de effecten van (bepaalde vormen van) samenwerking tussen zorgverleners betrokken bij de zorg voor patiënten met specifieke lage rugpijn op de kwaliteit van de zorg is nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht. De aanbevelingen over samenwerking en communicatie zijn dan ook gebaseerd op consensus en empirie.

45

Aanbevelingen over samenwerking en communicatie

Als bij de overige aanbevelingen ging de kerngroep bij het formuleren van aanbevelingen over samenwerking en communicatie uit van de knelpunten die patiënten en zorgverleners bij de zorg ondervinden (zie bijlage Knelpunten). Bij de analyse bleek dat de meeste knelpunten konden worden onderverdeeld naar een van de volgende communicatiemomenten in de ketenzorg;

- Verwijzen en terugverwijzen
- Overdracht van gegevens
- Begeleiding van patiënten
- Voorlichting aan patiënten

Een verslag van de totstandkoming en een overzicht van de aanbevelingen vindt u in het hoofdstuk Samenwerking en communicatie.

Implementatie

De richtlijn wordt verspreid onder alle relevante beroeps- en patiëntverenigingen. Zo mogelijk wordt aandacht voor de richtlijn gevraagd via publicatie in tijdschriften en webpagina's van de verschillende verenigingen. De uitvoerbaarheid van de aanbevelingen over organisatie van zorg zal regionaal verschillen. Financiering wordt aangevraagd voor het faciliteren van regionale netwerken en de implementatie van de richtlijn.

Juridische betekenis van de richtlijn

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zoveel mogelijk op bewijs en consensus zijn gebaseerd. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van de richtlijn is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn wordt afgeweken is het aan te bevelen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

Financiële belangenverstrengeling/ onafhankelijkheid werkgroepleden

Niemand van de werkgroepleden heeft enigerlei vorm van belangenverstrengeling gemeld, die tot een belangenconflict zou kunnen leiden. Hun verklaringen hieromtrent liggen ter inzage bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Literatuur

1. Henschke N, Kuijpers T, Rubinstein SM, van Middelkoop M, Ostelo R, Verhagen A, Koes BW, van Tulder MW. Injection therapy and denervation procedures for chronic low-back pain: a systematic review. *Eur Spine J.* 2010 Apr 29. [Epub ahead of print].
2. Kuijpers T, Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Ostelo RW, Verhagen AP, Koes BW, van Tulder. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J.* 2010. *In press.*
3. Middelkoop van M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen A, Ostelo R, Koes BW, Van Tulder MW. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J.* 2010. *In press.*
4. Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMS(3)-study. *Pain* 2003; 102:167-78.
5. Picavet HSJ. Aspecifieke lage rugklachten: omvang en gevolgen. Factsheet Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek (PZO), 2005

6. Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2003
7. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, Ostelo R, Verhagen AP, de Boer, MR, Koes BW, van Tulder MW. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J.* 2010 Mar 14. [Epub ahead of print]
- 5 8. Slobbe LCJ, Kommer GJ, Smit JM, Groen J, Meerding WJ, Polder JJ. Kosten van ziekten in Nederland 2003. RIVM rapport 270751010, RIVM, Bilthoven, 2006.
9. Van der Molen H, Spreeuwers D, Kuijer P, Nieuwenhuijsen K, Bakker J, Pal T, Sorgdrager B, van der Laan G, Stinis H, Brand T. Beroepsziekten in cijfers 2009. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, 2009.
- 10

HOOFDSTUK 2. OVERZICHT AANBEVELINGEN

Diagnostiek bij acute lage rugklachten

5 Voer een diagnostische triage uit bij het eerste consult, bestaande uit anamnese en lichamelijk onderzoek.

10 Indien er in de anamnese aanwijzingen zijn voor specifieke aandoeningen zoals radiculair syndroom, voer dan een uitgebreider lichamelijk onderzoek uit ter opsporing of uitsluiting van deze aandoeningen waaronder neurologisch onderzoek indien relevant.

Wees alert op psychosociale factoren die het beloop van de rugklachten kunnen beïnvloeden, en analyseer deze indien er geen verbetering optreedt.

15 Beeldvormende diagnostiek (röntgen, CT en MRI) is niet routinematig geïndiceerd bij aspecifieke rugklachten.

20 Herevalueer patiënten die binnen een paar weken onvoldoende verbeteren na het eerste consult, en patiënten die verslechteren.

Behandeling bij acute lage rugklachten

Geef adequate informatie en stel de patiënt gerust.

25 Adviseer patiënten om actief te blijven en normale dagelijkse activiteiten te continueren, inclusief werk indien mogelijk.

Adviseer bedrust zoveel mogelijk te beperken.

30 Schrijf medicatie voor, indien nodig, voor pijnverlichting; bij voorkeur inname op vaste tijdstippen; eerste keuze is paracetamol, tweede keuze NSAID's.

Het voorschrijven van spierslappers wordt ontraden¹.

¹ In de samenvatting van de *evidence* (zie bijlage 5, pagina 5 en 22 muscle relaxants) concludeert men dat er sterk bewijs bestaat dat spierslappers de pijn verminderen bij zowel acute als chronische lage rugklachten. Van de spierslappers die in de voor deze samenvatting gebruikte onderzoeken zijn onderzocht, zijn alleen diazepam, tizanidine, baclofen en dantroleen in Nederland geregistreerd, echter niet voor lage rugklachten. Tizanidine, baclofen en dantroleen zijn geïndiceerd voor spierspasmen en spasticiteit. Voor diazepam geldt dat er alleen voor hoge doses (vanaf 40 mg per dag) beperkte *evidence* bestaat voor een spierslappend effect. Daarom en vanwege de bijwerkingen van de genoemde middelen (vooral sufheid en duizeligheid) ontraadt de werkgroep toepassing ervan bij acute en chronische aspecifieke lage rugklachten.

Overweeg (een verwijzing voor) manipulatie van de wervelkolom voor patiënten die niet terugkeren naar hun dagelijkse activiteiten (na 2 tot 3 weken).

5 Overweeg (een verwijzing voor) oefentherapie voor patiënten die niet terugkeren naar hun dagelijkse activiteiten (na 2 tot 3 weken).

Multidisciplinaire behandelprogramma's in de bedrijfsetting kunnen een optie zijn voor werknemers met lage rugklachten met ziekteverzuim langer dan 4 - 8 weken.

10

Diagnostiek bij chronische aspecifieke lage rugklachten

Voer diagnostische triage uit tijdens het eerste consult en bij herevaluatie om specifieke aandoeningen zoals radiculair syndroom uit te sluiten.

15

Evaluatie van psychosociale factoren die het beloop van rugklachten kunnen beïnvloeden wordt aanbevolen (gele vlaggen).

Beeldvormende diagnostiek wordt niet aanbevolen bij patiënten met aspecifieke chronische rugklachten.

20

Behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten

Oefentherapie onder begeleiding wordt aanbevolen als eerste keuze van behandeling van chronische lage rugklachten.

25

Gebruik van een cognitief-gedragsmatige (operante) aanpak, waarin de oefeningen stapsgewijs in zwaarte toenemen volgens afgesproken stappen, wordt aangeraden in de werksituatie. Groepstraining lijkt aantrekkelijk voor het behandelen van grote groepen patiënten tegen lage kosten. Een bepaald type oefentherapie (spierversterkende oefeningen, aerobe oefeningen, stabilisatie oefeningen, flexie en extensie oefeningen, McKenzie, etc.) wordt niet aanbevolen. Gebruik van apparatuur in oefenprogramma's heeft geen meerwaarde en wordt niet aanbevolen. De keuze voor een bepaald type oefenprogramma hangt af van voorkeuren van patiënt en therapeut.

30

35

Cognitief gedragsmatige therapie (CGT) wordt aanbevolen bij cognitief gedragsmatige problemen.

Multidisciplinaire biopsychosociale therapie gericht op functioneel herstel wordt aanbevolen voor patiënten die niet verbeterd zijn na monodisciplinaire aanpak.

40

NSAID's worden aanbevolen voor pijnverlichting, maar vanwege de potentiële bijwerkingen bij voorkeur bij exacerbaties.

5

Zwakke opiaten (bijvoorbeeld tramadol) is een optie voor patiënten die geen baat hebben bij andere behandelingen. Vanwege het risico op afhankelijkheid hebben 'slow-released' opiaten de voorkeur boven 'immediate-released' opiaten, en moeten deze op vaste tijdstippen worden voorgeschreven.

10

Overweeg rugscholing waar informatie wordt gegeven die overeenstemt met 'evidence-based' aanbevelingen voor werknemers met rugklachten. Rugscholing wordt niet aanbevolen voor lange termijn effecten.

15

Manipulatie aan de wervelkolom, interferentie, laser therapie, ruggordels, ultrageluid, warmte/koude therapie, tractie, TENS, en massage worden niet aanbevolen.

20

Epidurale corticosteroïde injecties worden niet aanbevolen voor patiënten met niet-radicaire pijnklachten.

25

Intra-articulaire injecties met steroïden of facetgewricht blockades, intradiscale injecties, Botox injecties, sacroiliacale gewrichts injecties met corticosteroïden, sclerosants (prolotherapie), en 'trigger point' injecties worden niet aanbevolen.

Radiofrequente (RF) facet denervatie, intradiscale radiofrequente behandeling, electrothermale coagulatie of radiofrequente denervatie van de rami communicans, radiofrequente (RF) lesioning van de dorsal root ganglion en spinal cord stimulation worden niet aanbevolen voor patiënten met specifieke lage rugklachten.

30

Werkhervatting

Bij een patiënt met rugklachten en betaald werk stelt de zorgverlener in overleg met de patiënt de prognose ten aanzien van werkhervatting vast aan de hand van de mate van beperkingen en de herstelverwachtingen van de werknemer met rugklachten.

35

Bij een patiënt die vanwege rugklachten van zijn/haar werkzaamheden verzuimt, wordt geadviseerd:

- tot een programma met lichamelijke oefeningen gericht op werkhervatting. De intensiteit van het programma wordt opgevoerd naar mate het verzuim langer duurt door bijvoorbeeld de duur van de oefeningen en de professionaliteit van de begeleiding te vergroten;
- om het werk binnen twee weken te hervatten of zoveel eerder als mogelijk is indien er geen ernstige beperkingen aanwezig zijn;

40

5 - om het werk niet binnen twee weken maar wel binnen een maand te hervatten indien er wel ernstige beperkingen of andere ongunstige prognostische factoren aanwezig zijn. Adviseer werknemer en werkgever in dat geval om op de werkplek samen met de leidinggevende of case-manager de belemmeringen voor werkhervatting te inventariseren en hiertegen maatregelen te nemen door het werk of de werkplek aan te passen in tijd of zwaarte (tenminste tijdelijk). Adviseer om voor de inventarisatie ruim de tijd te nemen. De maatregelen moeten worden opgenomen in het plan van aanpak indien dat aan de orde is.

10

Samenwerking en communicatie: verwijzing

15 Bij een patiënt met specifieke lage rugklachten die na 2-3 weken geen verbetering van de klachten ervaart, gaat de eerstelijnszorgverlener na of er psychosociale risicofactoren zijn voor een chronisch beloop; zonodig verwijst hij de patiënt naar een eerstelijnspsycholoog voor deze diagnostiek.

20 Een verwijzing van een patiënt met specifieke lage rugklachten naar een psycholoog voldoet – evenals die naar andere zorgverleners - aan een aantal voorwaarden, waaronder een duidelijke vraagstelling en een adequate informatieoverdracht, en ook de terugrapportage voldoet aan een aantal voorwaarden.

25 De huisarts verwijst patiënten met specifieke lage rugklachten, die onvoldoende verbetering ervaren nadat zij eerst enkele weken het natuurlijk beloop hebben afgewacht, en vervolgens door een eerstelijns therapeut (fysiotherapeut, oefentherapeut, manueel therapeut, chiropractor) zijn behandeld, naar een multidisciplinair team voor diagnostiek en behandeling van specifieke lage rugklachten ('rugteam'). Bij iedere verwijzing legt de huisarts uit waarom hij verwijst en wat de patiënt van de verwijzing mag verwachten en wat niet.

30

35 Indien een zorgverlener een patiënt met specifieke lage rugklachten wil verwijzen naar een psycholoog voor psychologisch onderzoek of behandeling, legt hij als reden daarvoor uit dat psychosociale factoren zoals bewegingsangst of verhoogde stress het herstel kunnen vertragen of tegengaan, dus niet omdat hij meent dat de klachten een psychische oorzaak hebben. De zorgverlener kan de patiënt adviseren contact op te nemen met de patiëntenverenigingen Nederlandse Vereniging voor Rugpatiënten (NVVR) De Wervelkolom (www.ruginfo.nl) of Stichting Patiëntbelangen Orthopedie (SPO) (tot 01-01-2010 www.patiëntenbelangen.nl) voor aanvullende informatie.

5

Het merendeel van de patiënten met specifieke lage rugklachten ontvangt zorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en zal binnen een paar weken herstellen. De verwachting is dat eerdere inzet van een multidisciplinair team zal leiden tot reductie van het aantal patiënten dat langdurige chronische klachten heeft. Uiteindelijk zal een klein deel van de patiënten ondanks zorg in de eerstelijns niet herstellen. Deze patiënten worden verwezen naar of zoeken zelf zorg in de tweedelijnsgezondheidszorg.

10

Deze richtlijn geeft aanbevelingen voor patiënten met specifieke lage rugklachten in de eerstelijnsgezondheidszorg en dan met name gericht op samenwerking en ketenzorg. Voor aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling binnen beroepsgroepen verwijzen wij naar de beroepsspecifieke richtlijnen zoals die er bijvoorbeeld zijn voor huisartsen, fysiotherapeuten en manueel therapeuten, oefentherapeuten, en bedrijfsartsen. Momenteel is er ook een richtlijn 'wervelkolom gerelateerde pijn van de lage rug' in ontwikkeling.

15

Overdracht van gegevens

20

Wie de rol van coördinator gaat vervullen bij de zorg voor de patiënt met chronische lage rugklachten, wordt op lokaal of regionaal niveau bepaald; bepalend hiervoor zijn de beschikbaarheid van een zorgverlener die hiervoor de benodigde deskundigheid heeft. Deze zorgverlener – bij voorkeur *rugconsulent* genoemd - fungeert dan als intermediair tussen patiënt en zorgverleners.

25

De verwijzer geeft additionele informatie over:

30

- de gevolgen van de klachten voor deelname van de patiënt aan activiteiten in het algemeen (dagelijkse bezigheden, hobby's), en voor arbeidsparticipatie in het bijzonder, met gebruikmaking van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF*) en
- de wijze waarop de patiënt tot activiteiten en participatie is gestimuleerd en het effect daarvan.

* Cieza A., Stucki G., Weigl M., Disler P., Jäckel W., Linden S. van der, Kostanjsek N., de Bie R. ICF core sets for low back pain. J Rehabil Med (2004); Suppl. 44: 69-74.

35

Begeleiding van patiënten

Indien de klachten verband houden met zijn werk of gevolgen hebben voor zijn werk, adviseert de eerstelijnszorgverlener de patiënt om binnen 2 tot 4 weken na het begin van de klachten contact op te nemen met de bedrijfsarts, als dat nog niet is gebeurd.

40

Indien patiënt en bedrijfsarts contact met elkaar hebben gehad, nemen de eerstelijnszorgverlener en de bedrijfsarts bij stagnatie van het herstel contact met elkaar op ter afstemming van de zorg, mits de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven. Als de betreffende eerstelijnszorgverlener niet de huisarts is, wordt de huisarts op de hoogte gesteld van het resultaat van het overleg.

45

5 Bij een verwijzing licht de zorgverlener de patiënt in over wat deze van de verwijzing mag verwachten, en over de informatie die bij de verwijzing wordt overgedragen. Als de patiënt – eventueel na aanpassingen – akkoord gaat met de verwijzing, wordt dat in het dossier genoteerd. Terugverwijzing vindt plaats (eventueel naar een rugteamcoördinator) als degene naar wie de patiënt verwezen is zijn onderzoek en/of behandeling heeft afgesloten maar de klachten en/of beperkingen onvoldoende zijn afgenomen.

Voorlichting aan patiënten

10 Alle zorgverleners en patiëntenverenigingen maken gebruik van dezelfde voorlichtingsbrochures (een over acute en een over chronische specifieke lage rugklachten), waarin in ieder geval aan bod komt:

- wat zijn specifieke lage rugklachten?
- welk onderzoek is zinvol bij specifieke lage rugklachten?
- 15 - met nadruk wordt hierbij de geringe waarde van beeldvormende diagnostiek belicht.
- wat kan de patiënt er zelf aan doen?
- de nadruk dient hierbij te liggen op het aangeven van de mogelijkheden om met de lage rugklachten om te gaan ('zelfmanagement').
- welke behandelingen zijn mogelijk?
- 20 - wat zijn de verwachtingen voor de toekomst?

25 Daar waar de zorgverlener afwijkt van de informatie gegeven in deze brochure – bijvoorbeeld door aan de patiënt aangepaste adviezen te geven - geeft hij dat expliciet aan. Indien er behoefte bestaat aan verduidelijking of een meer uitgebreide voorlichting kan een patiënt terecht bij de lokale of regionale rugcoördinator.

Alle zorgverleners en patiëntenverenigingen geven eenduidige voorlichting over zin en onzin van aanvullend onderzoek (conform de voorlichtingsbrochure).

30

Algemeen

35 De ketenzorg voor patiënten met specifieke lage rugklachten wordt op lokaal of regionaal niveau georganiseerd middels een netwerk. In dit netwerk wordt een rugteamcoördinator aangesteld die de ketenzorg binnen het netwerk coordineert en tevens het aanspreekpunt is voor patiënten en betrokken zorgverleners. De samenstelling en werkwijze van het netwerk is afhankelijk van de beschikbaarheid en expertise van de verschillende zorgverleners in het betreffende gebied. Binnen het netwerk worden de aanbevelingen van deze ketenzorgrichtlijn vertaald in afspraken over diagnostiek en behandeling, werkhervatting, en over samenwerking en communicatie (dus over verwijzen en terugverwijzen, onderlinge uitwisseling van informatie, en over de begeleiding van en voorlichting aan patiënten.

40

HOOFDSTUK 3. PATIËNTENPROFIELEN

5 Het doel van de patiëntprofielen is om mensen in te delen, te classificeren, op basis van kenmerken die richting geven aan het redeneren en besluitvormingsproces van de professional. In deze richtlijn is gekozen voor de volgende 3 profielen.

1. Rugklachten op basis van ernstige onderliggende pathologie (rode vlaggen)
2. Rugklachten op basis van het lumbosacraalradiculair syndroom
3. Aspecifieke rugklachten

10

Deze richtlijn richt zich op profiel 3, maar profiel 1 en 2 zijn hier toch van belang omdat verdere diagnostiek hierbij noodzakelijk is omdat men in eerste instantie profiel 1 en 2 dient uit te sluiten. Profiel 3 wordt verder onderverdeeld op basis van de duur van de klachten en op basis van aan- of afwezigheid van psychosociale factoren. Hieronder volgt een nadere toelichting op de profielen en een beschrijving van enige knelpunten hierbij.

15

Profiel 1

Rugklachten op basis van ernstige onderliggende specifieke pathologie (rode vlaggen)

20

In eerste instantie is het belangrijk om vast te stellen of er een ernstige specifieke oorzaak ten grondslag ligt aan de lage rugklachten. Tekenen of signalen die duiden op een ernstige, specifieke oorzaak worden ook wel 'rode vlaggen' genoemd, en bij de aanwezigheid van een rode vlag is verdere diagnostiek of onmiddellijk behandelen noodzakelijk. Deze rode vlaggen, of combinatie van rode vlaggen duiden op ernstige onderliggende specifieke pathologie, zoals (osteoporotische) wervelfracturen, maligniteiten, spondylitis ankylopoëtica, ernstige vormen van kanaalstenose, of ernstige vormen van spondylolisthesis. Over de volgende 'rode vlaggen' bestaat eenduidigheid in de literatuur:

25

- begin van lagerugpijn na 50e levensjaar, continue pijn onafhankelijk van houding of bewegen, nachtelijke pijn, algehele malaise, maligniteit in de voorgeschiedenis, onverklaard gewichtsverlies, verhoogde BSE: *maligniteit*;
- 30 - leeftijd boven de 60 jaar, vrouw, laag lichaamsgewicht, langdurig corticosteroïdgebruik, lengtevermindering, versterkte thoracale kyfose: *osteoporotische wervelfractuur*;
- begin van lagerugpijn voor 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*;
- 35 - ernstige lagerugpijn aansluitend aan een trauma: *wervelfractuur*;
- begin van lagerugpijn voor 20e levensjaar, palpabel trapje in verloop van processus spinosi ter hoogte van L4-L5: *ernstige vorm van spondylolisthesis*.

40

Opmerkingen bij profiel 1

In de literatuur zijn een groot aantal oorzaken van rugklachten beschreven, waarbij geen eenduidigheid bestaat over het specifieke karakter hiervan. Hierdoor is het onduidelijk of verdere diagnostiek of onmiddellijk handelen noodzakelijk is. Er bestaat veel discussie over veranderingen aan de tussenwervelschijf, met name de 'diagnose' Degenerative Disc

45

Disease (DDD) is controversieel. Sommigen zien dit als een normaal ouderdomsverschijnsel, terwijl anderen hierin een indicatie voor chirurgische ingrijpen zien. Ook andere structuren in en rond de wervelkolom zoals de facet- en SI-gewrichten of myofasciale pijnpunten worden soms verondersteld de oorzaak te zijn van lage rugpijn. Ook over de relatie rugklachten en deze mogelijke 'oorzaken' bestaat geen eenduidigheid in de literatuur.

Profiel 2:

Rugklachten op basis van het lumbosacraalradiculair syndroom

Binnen de voorliggende richtlijn is het vaststellen van profiel 2 ook van belang, om uit te sluiten dat het lumbosacraalradiculair syndroom de oorzaak is van de rugklachten. De verdere diagnostiek en behandeling hiervan valt buiten het bestek van deze richtlijn, maar is beschreven in de CBO-richtlijn 'Lumbosacraal radiculair syndroom' (2009). Signalen die duiden op lumbosacraal radiculair syndroom (of een cauda equina syndroom) zijn:

- radicaire uitstralende pijn in een been;
- pijn in been meer op de voorgrond dan de lage rugpijn;
- neurologische prikkelings- of uitvalsverschijnselen;
- verandering in de reflexen die duiden op radicaire prikkeling.

Profiel 3:

Aspecifieke rugklachten

Na uitsluiting van profiel 1 en 2 gaat men er vanuit dat de rugklachten aspecifiek zijn. Binnen dit profiel wordt de patiënt verder ingedeeld aan de hand van de duur van de klachten Profiel 3a (<12 weken klachten) of profiel 3b (> 12 weken klachten)

Deze indeling wordt in veel internationale richtlijnen gehanteerd omdat er evidence is voor het feit dat deze indeling consequenties heeft voor het behandelen.

Opmerkingen bij profiel 3

'Gele vlaggen' (psychosociale factoren) is een breed concept waarover geen eenduidigheid bestaat. Voorbeelden van gele vlaggen die in de meeste internationale richtlijnen genoemd worden zijn o.a.:

- (overmatige) angst voor bewegen;
- vermijden van activiteiten;
- catastroferende ideeën over de pijn;
- passieve coping strategieën.

In de verschillende internationale richtlijnen worden gele vlaggen op verschillende manier gemeten en er is nog veel onduidelijkheid over de afkappunten, oftewel: vanaf welke score is er sprake van de aanwezigheid van een gele vlag. Om deze redenen vindt de commissie het concept 'gele vlaggen' niet voldoende onderbouwd of eenduidige toepasbaar is om te hanteren bij patiënt profielen. Uiteraard moet binnen de behandeling (zie aldaar) wel rekening gehouden worden de gele vlaggen.

Rugpijn labelen als aspecifiek wordt vaak gezien als een 'verlegenheidsdiagnose', die niet heel concreet richting aan het handelen geeft. Vandaar dat er veel pogingen ondernomen zijn dit profiel verder in te delen door middel van classificatie systemen. McCarthy (2004) identificeerde 32 verschillende classificatie systemen voor lage rugklachten. Deze konden

worden gegroepeerd op basis van de methodiek die gebruikt wordt om patiënten te classificeren: op basis van patho-anatomische oorzaken van de pijn, op basis van klinische kenmerken, op basis van psychologische kenmerken, op basis van gezondheids- en werkstatus en op basis van een systeem dat een biopsychosociale weging gebruikt. Billis (2007) identificeerde maar liefst 40 verschillende classificatie systemen die allen gebaseerd waren op biomedische aspecten en de psychologische aspecten buiten beschouwing lieten. Op basis van dit soort classificatie systemen zijn verschillende scholen ontstaan met een eigen systematiek voor 'diagnose en behandeling' van lage rugklachten. De meeste systemen zijn vrijwel uitsluitend gebaseerd op de persoonlijke ervaring van de ontwerper van het systeem waardoor veel systemen geen hoger niveau van validiteit bezitten dan expert validiteit. Voor de meesten systemen ontbreekt het echter aan gegevens over de betrouwbaarheid, toepasbaarheid en generaliseerbaarheid.

De werkgroep concludeert dat er ondanks de overvloed aan classificatie systemen geen systeem is dat voldoende onderbouwd is om aan te bevelen om patiënten met specifieke lage rugklachten nader te classificeren.

Literatuur

1. Billis EV, McCarthy CJ, Oldham JA. Subclassification of low back pain: a cross-country comparison. *Eur Spine J.* 2007; 16:865-79.
2. Evidence tabel pagina 34
3. McCarthy CJ, Arnall FA, Strimpakos N, Freemont A, Oldham JA. The biopsychosocial classification of non-specific low back pain: a systematic review. *Physical Therapy Reviews* 2004; 9:17-30.
4. Richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom, 2008. Nederlandse Vereniging voor Neurologie, Utrecht.

HOOFDSTUK 4. SAMENWERKING EN COMMUNICATIE

Vraaggerichte zorg

- 5 De werkgroep nam bij de ontwikkeling van deze richtlijn als uitgangspunt dat de zorgverleners betrokken bij de zorg voor patiënten met specifieke lage rugpijn vraaggericht werken. Vraaggericht werken uit zich in de manier van communiceren en wordt omschreven als een gezamenlijke inspanning van patiënt en zorgverlener die erin resulteert dat de patiënt de zorg ontvangt die tegemoetkomt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens
- 10 voldoet aan de professionele standaarden (Van der Kraan, 2001). Bij vraaggerichte zorg geeft de patiënt input aan het besluitvormingsproces en worden beslissingen in onderlinge samenspraak tussen patiënt en zorgverlener genomen (Farlandeau, 2002). Voor de betrokkenheid van de patiënt is het vereist dat deze voortdurend en volledig wordt geïnformeerd.
- 15 Ook de samenwerking in de zorg voor patiënten met specifieke lage rugpijn werkt het beste bij een vraaggerichte benadering, vooral bij chronische klachten. Daarbij is het van belang dat iedere zorgverlener niet alleen zijn eigen rol met de patiënt bespreekt maar ook de ervaringen van de patiënt met het samenwerkingsverband als geheel. Zonodig geeft de zorgverlener informatie uit deze contacten door aan andere zorgverleners (KNMG et al,
- 20 2010)

Werkwijze

- Een belangrijk focus van dit richtlijnproject was om aanbevelingen te formuleren ter verbetering van de samenwerking en communicatie bij de zorg voor patiënten met
- 25 specifieke lage rugklachten.
- De werkwijze die de werkgroep volgde bij de formulering van aanbevelingen over samenwerking en communicatie was vrijwel dezelfde als de werkwijze bij de totstandkoming van deze richtlijn als geheel (zie Algemene inleiding). Als bij de overige aanbevelingen ging de kerngroep bij het formuleren van deze aanbevelingen uit van de knelpunten die patiënten
- 30 en zorgverleners bij de zorg ondervinden (zie bijlage Knelpunten).
- Een substantieel deel van de knelpunten betrof de samenwerking en de communicatie zowel tussen patiënten en zorgverleners als tussen zorgverleners onderling.
- Bij de analyse van de knelpunten bleek dat de meeste hiervan konden worden onderverdeeld naar een van de volgende communicatiemomenten in de (keten)zorg:
- 35
- verwijzen en terugverwijzen
 - overdracht van gegevens
 - begeleiding van patiënten
 - voorlichting aan patiënten
- 40 Op basis van de knelpunten formuleerde de kerngroep uitgangsvragen en aansluitend – als antwoorden daarop – aanbevelingen, waarbij voornoemde onderverdeling werd gehandhaafd. De gehele werkgroep kwam vervolgens een aantal keren samen ter bediscussie van uitgangsvragen en aanbevelingen. Voorafgaand aan de eerste bijeenkomst beschreven alle werkgroepleden voor elkaar de taken die naar hun mening hun
- 45 eigen discipline en die van de anderen hebben in de zorg voor patiënten met specifieke

lage rugpijn. De vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen beschreven hun wensen en verwachtingen ten aanzien van de taken van de verschillende professies. Voldoende kennis van elkaars taakopvattingen en van wensen en verwachtingen van patiënten achtte de werkgroep onontbeerlijk om te komen tot samenwerkingsafspraken.

5

Na 3 bijeenkomsten en een schriftelijke commentaarronde in de periode maart 2009 – juni 2009 bereikte de werkgroep consensus over de aanbevelingen voor samenwerking en communicatie. Verslagen van de consensusbijeenkomsten zijn op te vragen bij het CBO.

- 10 Hieronder volgt een overzicht van de aanbevelingen over samenwerking en communicatie. Om begripsverwarring te voorkomen wordt in dit overzicht van *discussiepunten* in plaats van knelpunten gesproken. Deze discussiepunten zijn deels knelpunten die bij de start van dit richtlijnproject zijn verzameld (zie Algemene inleiding) en tijdens de consensusbijeenkomsten zijn aangescherpt, en deels bij die bijeenkomsten geformuleerde
- 15 nieuwe knelpunten. Voor elk discussiepunt is een aanbeveling geformuleerd.

Aanbevelingen voor samenwerking en communicatie bij de ketenzorg voor patiënten met specifieke lage rugklachten

20

a. Verwijzing

Discussiepunt 1

- Er ontbreken in de eerste lijn bruikbare valide instrumenten om bij een patiënt met acute specifieke lage rugklachten in een vroeg stadium psychosociale risicofactoren voor een
- 25 chronisch beloop vast te stellen.

Aanbeveling 1

Bij een patiënt met specifieke lage rugklachten die na 2-3 weken geen verbetering van de klachten ervaart, gaat de eerstelijnszorgverlener na of er psychosociale risicofactoren zijn voor een chronisch beloop op de wijze die daarvoor wordt aanbevolen in de NHG-Standaard Specifieke lagerugpijn; zonodig verwijst hij de patiënt naar een eerstelijnspsycholoog voor deze diagnostiek.¹

Discussiepunt 2

- 30 Patiënten met chronische specifieke lage rugklachten worden vaak verwezen naar een psycholoog zonder duidelijke vraagstelling.

Aanbeveling 2

Een verwijzing van een patiënt met specifieke lage rugklachten naar een psycholoog voldoet – evenals die naar andere zorgverleners - aan een aantal voorwaarden, waaronder een duidelijke vraagstelling en een adequate informatieoverdracht, en ook de terugrapportage voldoet aan een aantal voorwaarden.²

Discussiepunt 3

- 35 Patiënten met chronische of recidiverende specifieke lage rugklachten hebben in veel gevallen door achtereenvolgende verwijzingen verschillende zorgverleners geconsulteerd

zonder (voldoende) resultaat. Een substantieel aantal van hen meent daardoor op den duur dat zij op onjuiste gronden naar die verschillende zorgverleners zijn verwezen.

Aanbeveling 3

De huisarts verwijst patiënten met aspecifieke lage rugklachten die onvoldoende verbetering ervaren nadat zij eerst enkele weken het natuurlijk beloop hebben afgewacht en vervolgens door een eerstelijns therapeut (fysiotherapeut, oefentherapeut, manueel therapeut, chiropractor) zijn behandeld, naar een multidisciplinair team voor diagnostiek en behandeling van aspecifieke lage rugklachten ('rugteam'). Bij iedere verwijzing legt de huisarts uit waarom hij verwijst en wat de patiënt van de verwijzing mag verwachten en wat niet.³⁻⁵

5

Discussiepunt 4

Patiënten met chronische of recidiverende aspecifieke lage rugklachten gaan meestal niet of met moeite akkoord met verwijzing voor psychologisch onderzoek of behandeling omdat zij het niet eens zijn met de veronderstelling dat hun klachten een psychische oorzaak hebben.

10

Aanbeveling 4

Indien een zorgverlener een patiënt met aspecifieke lage rugklachten wil verwijzen naar een psycholoog voor psychologisch onderzoek of behandeling, legt hij als reden daarvoor uit dat psychosociale factoren zoals bewegingsangst of verhoogde stress het herstel kunnen vertragen of tegengaan, dus niet omdat hij meent dat de klachten een psychische oorzaak hebben. De zorgverlener kan de patiënt adviseren contact op te nemen met de patiëntenvereniging 'De Wervelkolom' (www.ruginfo.nl) voor aanvullende informatie.

b. Overdracht van gegevens

15 Discussiepunt 5

Momenteel vervult de huisarts de rol van coördinator, hij lijkt daarvoor ook het meest geschikt, maar in de praktijk is de vervulling van deze taak door de huisarts voor verbetering vatbaar.

20 Aanbeveling 5

Wie de rol van coördinator gaat vervullen bij de zorg voor de patiënt met chronische lage rugklachten, wordt op lokaal of regionaal niveau bepaald; bepalend hiervoor zijn de beschikbaarheid van een zorgverlener die hiervoor de benodigde deskundigheid heeft. Deze zorgverlener – bij voorkeur *rugconsulent* genoemd - fungeert dan als intermediair tussen patiënt en zorgverleners.

Discussiepunt 6

Bij de gegevens die bij een verwijzing worden meegestuurd, ontbreekt in veel gevallen voldoende informatie over:

- 25
- de gevolgen van de klachten voor de participatie van de patiënt aan dagelijkse activiteiten in het algemeen (dagelijkse bezigheden, hobby's), en voor arbeidsparticipatie in het bijzonder, en
 - de wijze waarop de patiënt tot participatie is gestimuleerd en het effect daarvan.

Aanbeveling 6

De verwijzer geeft additionele informatie over:

- de gevolgen van de klachten voor deelname van de patiënt aan activiteiten in het algemeen (dagelijkse bezigheden, hobby's), en voor arbeidsparticipatie in het bijzonder, met gebruikmaking van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; Cieza 2004), en
- de wijze waarop de patiënt tot activiteiten en participatie is gestimuleerd en het effect daarvan.

c. Begeleiding van patiënten

5 *Discussiepunt 7*

Vooral in kleinere bedrijven nemen de werknemer die zich ziek meldt vanwege lage rugklachten en de bedrijfsarts te laat contact met elkaar op.

Aanbeveling 7a

- 10 Indien de klachten verband houden met zijn werk of gevolgen hebben voor zijn werk, adviseert de eerstelijnszorgverlener de patiënt om binnen 2 tot 4 weken na het begin van de klachten contact op te nemen met de bedrijfsarts, als dat nog niet is gebeurd.⁶

Aanbeveling 7b

15 Indien patiënt en bedrijfsarts contact met elkaar hebben gehad, nemen de eerstelijnszorgverlener en de bedrijfsarts bij stagnatie van het herstel contact met elkaar op ter afstemming van de zorg, mits de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven. Als de betreffende eerstelijnszorgverlener niet de huisarts is, wordt de huisarts op de hoogte gesteld van het resultaat van het overleg.

15

Discussiepunt 8

20 Patiënten weten vaak onvoldoende wat zij van de verwijzing mogen verwachten, welke informatie bij de verwijzing wordt overgedragen, en tot wie zij zich kunnen wenden als de behandeling door degene naar wie zij zijn verwezen is afgesloten maar de klachten onvoldoende zijn afgenomen.

Aanbeveling 8

Bij een verwijzing licht de zorgverlener de patiënt in over wat deze van de verwijzing mag verwachten, en over de informatie die bij de verwijzing wordt overgedragen. Als de patiënt – eventueel na aanpassingen – akkoord gaat met de verwijzing, wordt dat in het dossier genoteerd. Terugverwijzing vindt plaats (eventueel naar een rugteamcoördinator) als degene naar wie de patiënt verwezen is zijn onderzoek en/of behandeling heeft afgesloten maar de klachten en/of beperkingen onvoldoende zijn afgenomen.

d. Voorlichting aan patiënten

Discussiepunt 9

De voorlichting en adviezen die een patiënt van de verschillende zorgverleners ontvangt verschillen onderling vaak, wat verwarring schept.

5

Aanbeveling 9

Alle zorgverleners en patiëntenverenigingen maken gebruik van dezelfde voorlichtingsbrochures (een over acute en een over chronische aspecifieke lage rugklachten), waarin in ieder geval aan bod komt:

10

- Wat zijn aspecifieke lage rugklachten?
- Welk onderzoek is zinvol bij aspecifieke lage rugklachten?

Met nadruk wordt hierbij de geringe waarde van beeldvormende diagnostiek belicht.

- Wat kan de patiënt er zelf aan doen?

15

De nadruk dient hierbij te liggen op het aangeven van de mogelijkheden om met de lage rugklachten om te gaan ('zelfmanagement').

- Welke behandelingen zijn mogelijk?
- Wat zijn de verwachtingen voor de toekomst?

Daar waar de zorgverlener afwijkt van de informatie gegeven in deze brochure – bijvoorbeeld door aan de patiënt aangepaste adviezen te geven - geeft hij dat expliciet aan.

20

Indien er behoefte bestaat aan verduidelijking of een meer uitgebreide voorlichting kan een patiënt terecht bij de lokale of regionale rugteamcoördinator (zie eerder).

Discussiepunt 10

Patiënten met aspecifiek lage rug klachten kunnen een afwachtend beleid vaak moeilijk accepteren en vragen naar aanvullend (beeldvormend) onderzoek ter opsporing van de oorzaak.

25

Aanbeveling 10

Alle zorgverleners en patiëntenverenigingen geven eenduidige voorlichting over zin en onzin van aanvullend onderzoek (conform de voorlichtingsbrochure).

30

e. Algemeen

Discussiepunt 11

35

Het ontbreken van eenduidige taakopvattingen bij de zorgverleners en van voldoende kennis van elkaars taakopvattingen is een risico voor gebrekkige onderlinge afstemming, onjuiste verwijzing/terugverwijzing, en tekortschietende overdracht van gegevens en begeleiding van en voorlichting aan patiënten.

Aanbeveling 11

5 De ketenzorg voor patiënten met specifieke lage rugklachten wordt op lokaal of regionaal
niveau georganiseerd middels een netwerk. In dit netwerk wordt een rugteamcoördinator
aangesteld die de ketenzorg binnen het netwerk coördineert en tevens het aanspreekpunt is
10 voor patiënten en betrokken zorgverleners. De samenstelling en werkwijze van het netwerk
is afhankelijk van de beschikbaarheid en expertise van de verschillende zorgverleners in het
betreffende gebied. Binnen het netwerk worden de aanbevelingen van deze ketenzorg-
richtlijn vertaald in afspraken over diagnostiek en behandeling, werkhervatting, en over
samenwerking en communicatie (dus over verwijzen en terugverwijzen, onderlinge
10 uitwisseling van informatie, en over de begeleiding van en voorlichting aan patiënten.

Voetnoten:

1) Er ontbreekt voldoende bewijs voor een harde uitspraak over welke psychosociale risicofactoren
15 ('gele vlaggen') voorspellende waarde hebben voor de ontwikkeling van chronische of frequent
recidiverende lage rugklachten. Bovendien ontbreken in de eerste lijn bruikbare valide instrumenten
om in een vroeg stadium mogelijke psychosociale risicofactoren voor een chronisch beloop vast te
stellen. De voorbereidingswerkgroep stelt daarom voor om, totdat er een beter alternatief is, de
aanbevelingen te volgen die hierover in de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn worden gedaan
20 (Chavannes, 2005). Bij enkele weken aanhoudende en onvoldoende verbeterende of frequent
recidiverende lage rugklachten dient de huisarts alert te zijn op de aanwezigheid van psychosociale
risicofactoren (zoals inadequaat ziektegedrag) voor een chronisch beloop. Ga met het oog daarop na
of er sprake is van:

- 25 - veelvuldige behandelingen met ongewenste neveneffecten (zoals maagpijn, of andere
bijwerkingen bij vrijwel elk type pijnmedicatie; ondraaglijke pijn na fysiotherapie);
- pijnmedicatie zonder effect;
- in toenemende mate ervaren van functionele beperkingen;
- allerlei andere lichamelijke klachten;
- toenemend sociaal isolement;
- 30 - verlies van vertrouwen in zorgverleners;
- conflicten met zorgverleners, werkgever of eventuele anderen;
- beschrijving van de klachten in superlatieven;
- angst voor pijn en letsel bij bewegen;
- gevoel van hulpeloosheid, machteloosheid ('ik kan niets'; 'ik kan er niets aan doen');
- 35 - voortdurende fixatie op een mogelijke ernstige lichamelijke afwijking als verklaring van de
klachten;
- steeds vragen om meer en specialistisch onderzoek;
- een angststoornis of depressie;
- werkeloosheid;
- 40 - ziektewinst.

Om na te gaan of er van een of meer van deze factoren sprake is, kunnen de volgende vragen
gebruikt worden:

- 45 - Hoe erg vond u de pijn de afgelopen week?
- Rekening houdende met alles wat u doet om met de pijn om te gaan, in welke mate bent u op
een gemiddelde dag in staat de pijn te verminderen?
- Hoe gespannen of angstig hebt u zich de afgelopen week gevoeld?
- Hoeveel last hebt u de afgelopen week gehad van sombere gevoelens?
- Hoe groot is volgens u het risico dat uw huidige pijn blijft bestaan?

- Hoe groot is volgens u de kans dat u over een halfjaar weer aan het werk bent?
- Is uw werk zwaar of eentonig?
- Rekening houdende met uw werkzaamheden, de leiding, salaris, promotiekansen en collega's, hoe tevreden bent u met uw werk?
- 5 - Kunt u:
 - o een uur lichte werkzaamheden doen
 - o een uur wandelen
 - o gewone huishoudelijke taken verrichten
 - o boodschappen doen
 - 10 o 's nachts slapen
- Vindt u:
 - o dat lichamelijke inspanning de pijn verergert
 - o dat toename van pijn een teken is dat u moet stoppen met wat u aan het doen bent tot de pijn is verminderd
 - 15 o dat u met de huidige pijn uw werk niet zou moeten doen?

2) Enkele beroepsgroepen hebben richtlijnen voor de informatieoverdracht bij verwijzing en terugrapportage, zoals de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP) (zie <http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/Artikel-Kenniscentrum/Richtlijn-Informatieuitwisseling-tussen-Huisarts-en-Specialist-bij-verwijzingen-HASP.htm>).

20 Het verdient aanbeveling dat iedere beroepsgroep dergelijke richtlijnen opstelt.

3) In deze aanbeveling wordt gesproken over de huisarts als degene die verwijst, niet de eerstelijnszorgverlener in het algemeen. Gezien de coördinerende poortwachtersfunctie van de huisarts dient het verwijzen voorbehouden te zijn aan de huisarts, of in ieder geval te gebeuren in

25 samenspraak met de huisarts.

4) Mogelijke deelnemers aan een rugteam:

- huisarts;
- 30 - fysiotherapeut / manueeltherapeut;
- oefentherapeut;
- chiropractor;
- orthopedisch chirurg;
- psycholoog;
- 35 - radioloog;
- ergotherapeut;
- reumatoloog;
- revalidatiearts;
- neuroloog;
- 40 - anesthesist.

5) Over het effect van diagnostiek bij en behandeling van patiënten met chronische of recidiverende lage rugklachten door een rugteam is weinig bekend. De werkgroep beveelt dan ook aan om daarnaar onderzoek te doen.

45

6) Het advies om binnen 2 tot 4 weken na het begin van de klachten contact op te nemen met de bedrijfsarts geldt ook voor de werknemer die (nog) niet verzuimt. In de praktijk blijkt dit overigens momenteel alleen in grote bedrijven mogelijk te zijn, en in kleinere bedrijven op praktische en financiële bezwaren te stuiten.

50

Literatuur

1. Chavannes AW, Mens JMA, Koes BW, Lubbers WJ, Ostelo R, Spinnewijn WEM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (Eerste herziening) Huisarts Wet 2005; 48(3):113-23.
- 5 2. Cieza A., Stucki G., Weigl M., Disler P., Jäckel W., Linden S. van der, Kostanjsek N., de Bie R. ICF core sets for low back pain. J Rehabil Med (2004); Suppl. 44: 69-74.
3. Farlandeau, M., Durand, M.J. Negotiation centred versus client-centred: which approach should be used? Can J Occup Ther 2002, 6: 135-142.
4. KNMG et al. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht, 2010.
- 10 5. Kraan, W. van der. Vraaggericht en vraaggestuurd: een literatuuronderzoek naar vraaggerichtheid en vraagsturing in de gezondheidszorg. Den Haag. ZonMW. 2001

HOOFDSTUK 5. WERKHERVATTING

Uitgangsvraag: wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor werkhervatting?

5

Beschrijving literatuursearch

Om de uitgangsvraag te beantwoorden, is gezocht naar relevante wetenschappelijke literatuur in de literatuurdatabases Medline en Embase.

10 Gezocht werd naar artikelen die voldeden aan de volgende criteria:

- P: werknemers
- O: verzuim, arbeidsongeschiktheid of beperkingen op grond van aspecifieke rugklachten
- S: systematic review

15 De zoektermen voor werk en systematic reviews zijn gebaseerd op gevalideerde zoekstrategieën. (Verbeek 2005, Haynes 2005, Wilczynski 2007)

Voor Medline waren de zoektermen: ((back (pain OR disorder)) AND (occupation* OR worker*)) AND systematic[sb].

20 In Embase werd gezocht met de zoektermen (back pain.exp) AND (occupation* OR worker*) AND methodology.

Omdat niet over het hele veld up-to-date systematic reviews beschikbaar waren, is ook gezocht naar prognostische studies die gepubliceerd zijn in de periode tussen 2006 en 2009. Hiervoor werd in Medline gezocht met de zoektermen (back (pain OR disorder) AND (occupation* OR worker*)) and het sensitieve clinical query filter voor prognostische studies in PubMed.

25

Beschrijving literatuurselectie

In Medline werden 156 reviews gevonden en in Embase 86. Na ontdebelen en selecteren op titel en abstract bleven 26 review artikelen over waarvan het volledige artikel werd gelezen. De aanvullende zoekactie naar primaire studies gepubliceerd tussen 2006 en 2009 leverde 170 artikelen op, waarvan er een niet in een van de systematische reviews was geïncludeerd en die aanvullend gebruikt is voor de evidence overview.

30

35 Deze artikelen vormen de basis voor de wetenschappelijke onderbouwing van de conclusies.

Samenvatting van de literatuur

De overgebleven artikelen worden hieronder besproken en zijn in een evidence-tabel samengevat.

40

Iles et al vonden in een review van goede kwaliteit van prospectieve prognostische cohort studies naar psychosociale voorspellers van werkhervatting 24 studies. (Iles, 2008) De in de literatuurstudie opgenomen cohort studies moesten voldoen aan de eisen dat de voorspellers bij tenminste 75% van het cohort gemeten moesten zijn in de eerste drie maanden na het ontstaan van de klachten en er tenminste een psychosociale variabele

45

gebruikt moest zijn om een werkgebonden uitkomst te voorspellen. De variabelen werden enigszins arbitrair ingedeeld naar herstelverwachting, angst vermijding, depressie, stress, angst, jobsatisfaction en uitkeringsproblemen. De kwaliteit van de studies werd beoordeeld aan de hand van een eigen kwaliteitsbeoordelvragenlijst. Data-analyse vond plaats op basis van vote-counting met meerdere studies van hoge kwaliteit als sterk bewijs etc. Op basis van negen studies die herstelverwachting includeerden als voorspeller wordt geconcludeerd dat er sterk bewijs is dat herstelverwachting een voorspeller is. Onduidelijk is hoe sterk de voorspeller is omdat de resultaten niet gekwantificeerd zijn. Voor angstvermijding werd matig bewijs gevonden op grond van consistente bevindingen in vijf van acht studies. Voor de factoren depressie, stress, anxiety en job-satisfaction werd geen of onvoldoende bewijs gevonden. De auteurs concluderen dat het voor hulpverleners belangrijk is te vragen naar de eigen herstelverwachting en vervolgens te exploreren welke factoren een irreele herstelverwachting beïnvloeden. Op grond van ander onderzoek is het aannemelijk dat herstelverwachting beïnvloed wordt door werk- en financiële zekerheid, angst voor herhaling, ondersteuning op het werk en 'self-image'. (Shaw, 2005)

Steenstra et al verrichten een literatuuronderzoek naar andere dan psychosociale voorspellers van de duur van het verzuim bij rugklachten. (Steenstra, 2005) Zij vonden 14 studies die tezamen 79 prognostische factoren hadden geëvalueerd. Zij deelden de factoren in op grond van het ICF model in factoren gerelateerd aan de rugpijn episode, gerelateerd aan de persoon, persoonsgebonden psychosociale factoren en werkgerelateerde factoren. In de analyse gebruikten zij relatieve risico's om de sterkte van de factor met de uitkomst aan te geven en in een meta-analyse voegden zij deze factoren samen tot een gewogen relatief risico per factor. Daarnaast werd de kwaliteit van de studies gebruikt om een uitspraak te doen over de kwaliteit van het bewijs voor een factor. De relatie tussen een factor en de uitkomst was positief als er sprake was van een gepoold relatief risico dat significant verschilde van één. De uitkomst was dat werkhervatting na verzuim vanwege rugklachten negatief beïnvloed wordt door de persoonsgerelateerde factoren hogere leeftijd, vrouwelijk geslacht, hoger gewicht, en slechtere gezondheidsstatus, door de ziekte episode gebonden factoren meer beperkingen, meer pijn en uitstralende pijn, door de werkgerelateerde factoren zwaar werk, hoog werktempo, ontbreken van vervangende lichte werkzaamheden. De sterkste verbanden werden gevonden voor beperkingen (RR 2.4) en uitstralende pijn (RR 2.5),

In een recent cohort onderzoek onderzochten Turner et al zowel psychosociale als andere predictoren voor een verzuimduur van een jaar bij 1885 werknemers die maximaal drie weken verzuimden vanwege rugklachten. (Turner, 2008) In dit onderzoek bleken de belangrijkste voorspellers: ernst van de klachten (neurologische symptomen), onder behandeling bij een chiropractor, score op de Roland-Morris Disability Questionnaire, aantal pijnbronnen, erg hectisch werk, geen vervangende lichtere werkzaamheden en eerder langdurig verzuim vanwege rugklachten. De eerder genoemde psychosociale variabelen werden in de multivariate analyse 'weggedrukt' door deze voorspellers. De auteurs verklaren dit doordat de psychosociale factoren allemaal sterk gerelateerd zijn aan de RM-disability questionnaire. Zonder de RMDQ in het model waren herstelverwachting, angst voor optreden van pijnklachten en algemene geestelijke gezondheidsscore goede voorspellers.

45

5 Kuijer et al deden een literatuuronderzoek naar voorspellers voor verzuim bij werknemers met chronische klachten. (Kuijer, 2006) Zij vonden 17 studies die factoren voor werkhervatting evalueerden bij werknemers met subacute of chronische pijn. Ze beoordeelden de kwaliteit van de studies en gaven een overzicht door middel van levels of evidence. Zij vonden alleen eigen herstelverwachtingen als belangrijkste voorspeller en concludeerden dat er geen set van voorspellende factoren is voor werknemers met chronische pijn.

10 Schonstein et al maakten een Cochrane systematisch literatuuroverzicht over de effectiviteit van interventies gericht op werkhervatting waarbij de lichamelijke conditie wordt verbeterd zoals graded activity en het doen van lichamelijke oefeningen gericht op werkhervatting zoals in work hardening (Schonstein, 2003). In een recente update van deze review wordt geconcludeerd dat conditieverbetering ten behoeve van werkhervatting ziekteverzuim ten
15 gevolge van rugklachten waarschijnlijk kan verminderen bij werknemers met subacute en chronische pijn maar niet bij acute rugpijn (Schaafsma, 2009). Vijf studies gaven positieve resultaten en één studie liet een negatief resultaat te zien. Voor dit verschil kon geen verklaring worden gevonden. Een intensief conditieverbeteringsprogramma was niet beter dan een licht programma. Ook werd er geen bewijs gevonden dat additionele componenten zoals cognitief gedragsmatige elementen of een werkplekonderzoek tot snellere
20 werkhervatting leidden.

Conclusies

Niveau 2	<p>De herstelverwachting van een werknemer met rugklachten is de belangrijkste voorspeller van werkhervatting bij werknemers met minder dan drie maanden verzuim. Angst voor het optreden van pijnklachten bij het werk is een belangrijke voorspeller voor de duur van het verzuim bij een werknemer met rugklachten. De duur van het verzuim bij een werknemer met rugklachten wordt niet voorspeld door depressieve klachten, stress, tevredenheid over het werk of het hebben van uitkeringsproblemen.</p> <p><i>B Iles 2008, Turner 2008</i></p>
-----------------	---

Niveau 2	<p>Werkhervatting na verzuim vanwege rugklachten wordt negatief beïnvloed door persoonsgebonden factoren (hogere leeftijd, vrouwelijk geslacht, hoger gewicht, slechtere gezondheidsstatus), ziekte episode gebonden factoren (meer beperkingen, meer pijn, uitstralende pijn), werk gerelateerde factoren (zwaar werk, hoog werktempo, ontbreken van vervangende lichte werkzaamheden) gemeten in de eerste zes weken van de episode. De sterkste voorspellers zijn de mate van beperkingen zoals met een gevalideerde vragenlijst gerapporteerd en uitstralende pijn.</p> <p><i>B Steenstra 2006, Turner 2008</i></p>
-----------------	---

Niveau 2	Voor werknemers met chronische klachten zijn er met uitzondering van eigen herstelverwachting geen eenduidige voorspellers voor werkhervatting. <i>B Kuijer 2006</i>
Niveau 2	Interventies die gericht zijn op werkhervatting door de lichamelijke conditie te verbeteren hebben een positieve invloed op de snelheid van werkhervatting. Er is geen consistent bewijs dat additionele componenten zoals cognitief-gedragsmatige elementen dit effect vergroten. Er is matig bewijs dat werkplekinterventies werkhervatting kunnen bevorderen <i>B Schonstein 2003, Schaafsma 2009, van Oostrom 2009</i>
Niveau 4	Het verdient aanbeveling om bij langer dan 3 maanden durend verzuim het oordeel van de zorgverlener en het werkhervattingsadvies van de bedrijfsarts op elkaar af te stemmen. <i>D Mening van de werkgroep.</i>

5

Overige overwegingen

Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid op grond van rugklachten vormen een belangrijk individueel en maatschappelijk probleem. Dit betreft met name patiënten met rugklachten die betaald werk verrichten. Het is aannemelijk dat een deel van het probleem ontstaat door de werking van het sociale zekerheidssysteem dat om voortdurende bevestiging van de arbeidsongeschiktheid vraagt.

Zorgverleners dienen daarom bij patiënten met rugklachten die betaald werk verrichten hun behandeling mede te richten op het einddoel werkhervatting. Het geleidelijk opvoeren van de lichamelijke conditie tot het niveau dat werken mogelijk maakt, is daarvoor een geschikte interventie. Aangezien er geen bewijs is dat additionele elementen werkhervatting bespoedigen wordt daarover geen gedetailleerde uitspraak gedaan. Omdat het ook niet duidelijk is of een intensief programma beter is dan een licht programma wordt 'stepped care' voorgesteld. De zorgverlener begint met een licht programma door verwijzing naar een fysiotherapeut, oefentherapeut of ergotherapeut en vergroot de intensiteit bij langere duur van de klachten.

Patiënten met rugpijn willen graag van hun zorgverlener concrete adviezen over hun functioneren (Verbeek, 2004). Het wordt daarom aanbevolen dat de zorgverlener in zo concreet mogelijke termen aangeeft tot welke activiteiten een patiënt in staat is ondanks de rugpijn. Hoewel het moeilijk is om exact aan te geven waartoe een patiënt in staat is, is het wel mogelijk om op grond van studies naar natuurlijk verloop en prognostische factoren daarvoor met enige betrouwbaarheid grenzen aan te geven afhankelijk van de kenmerken van de patiënt (Steenstra, 2005). Ook is duidelijk dat naarmate de klachten en het

5 ziekteverzuim langer duren de kansen op werkhervating alleen maar verder verkleinen. Communicatie tussen de verschillende actoren betrokken bij de behandeling wordt als een belangrijk element gezien in het al of niet tot stand komen van een geslaagde werkhervatting (Faber, 2005). Hoewel interventies om de communicatie over werkhervatting te bevorderen
10 geen positief resultaat te zien geven, verdient het om andere redenen toch aanbeveling om de adviezen op elkaar af te stemmen. Daarbij dient de zorgverlener er rekening mee te houden dat de bedrijfsarts uiteindelijk aan de werkgever een werkhervattingsadvies geeft over een werknemer en dat de verzekeringsgeneeskundige een medisch oordeel over de langdurige arbeidsongeschiktheid geeft. Het oordeel van de zorgverlener speelt bij deze
15 beoordelingen zowel voor de patiënt als in juridische zin een belangrijke rol. Vandaar dat afstemming van groot belang is.

Aanbevelingen

15 Bij een patiënt met rugklachten en betaald werk stelt de zorgverlener in overleg met de patiënt de prognose ten aanzien van werkhervatting vast aan de hand van de mate van beperkingen en de herstelverwachtingen van de werknemer met rugklachten.

20 Bij een patiënt die vanwege rugklachten zijn/haar werkzaamheden verzuimt, wordt geadviseerd:

- tot een programma met lichamelijke oefeningen gericht op werkhervatting. De intensiteit van het programma wordt opgevoerd naar mate het verzuim langer duurt door bijvoorbeeld de duur van de oefeningen en de professionaliteit van de begeleiding te vergroten.
- om het werk binnen twee weken te hervatten of zoveel eerder als mogelijk is indien er geen ernstige beperkingen aanwezig zijn
- om het werk niet binnen twee weken maar wel binnen een maand te hervatten indien er wel ernstige beperkingen of andere ongunstige prognostische factoren aanwezig zijn. Adviseer werknemer en werkgever in dat geval om op de werkplek samen met de leidinggevende of case-manager de belemmeringen voor werkhervatting te inventariseren en hiertegen maatregelen te nemen door het werk of de werkplek aan te passen in tijd of zwaarte (tenminste tijdelijk). Adviseer om voor de inventarisatie ruim de tijd te nemen. De maatregelen moeten worden opgenomen in het plan van aanpak indien dat aan de orde is.

35

Literatuur

1. Faber E, Bierma-Zeinstra SM, Burdorf A, Nauta AP, Hulshof CT, Overzier PM et al. In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain. *J Clin Epidemiol* 2005; 58(1):75-82.
- 40 2. Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Aspecifieke lage rugpijn. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/15.
3. Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *Occup Environ Med* 2008; 65(8):507-517.
- 45 4. Kuijjer W, Groothoff JW, Brouwer S, Geertzen JH, Dijkstra PU. Prediction of sickness absence in patients with chronic low back pain: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2006; 16(3):439-467.

5. Oostrom SH van, Driessen MT, de Vet HCW, Franche RL, Schonstein E, Loisel P et al. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD006955. DOI: 10.1002/14651858.
- 5 6. Schaafsma F, Schonstein E, Whelan K, Ulvestad D, Kenny DT, Verbeek J. Physical conditioning programmes for work outcomes in back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(in press):CD001822.
7. Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD001822.
- 10 8. Shaw WS, Huang YH. Concerns and expectations about returning to work with low back pain: identifying themes from focus groups and semi-structured interviews. *Disabil Rehabil* 2005; 27(21):1269-1281.
9. Steenstra IA, Koopman FS, Knol DL, Kat E, Bongers PM, de Vet HC et al. Prognostic factors for duration of sick leave due to low-back pain in dutch health care professionals. *J Occup Rehabil* 2005; 15(4):591-605.
- 15 10. Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick leave in patiënts sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occup Environ Med* 2005; 62(12):851-860.
11. Turner JA, Franklin G, Fulton-Kehoe D, Sheppard L, Stover B, Wu R et al. ISSLS prize winner: Early predictors of chronic work disability: a prospective, population-based study of workers with back injuries. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008; 33(25):2809-2818.
- 20 12. Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. Patiënt expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine* 2004; 29(20):2309-2318.
13. Verbeek JH, Anema JR, Everaert C, Foppen G, Heymans M, Hlobil H et al. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rug klachten (Occupational management of workers with back pain). Utrecht: NVAB; 2006.
- 25

Evidence tabel behorende bij de uitgangsvraag over Werkhervatting

Eerste auteur	Jaartal	Mate van bewijs	Studietype	Inclusiecriteria	Populatie (inclusief grootte)	Beschrijving onderzoeken	Effectmaat	Resultaat
Iles	2008	B	Systematic Review	P: werknemers E: enige psychosociale voorspeller C: geen/ weinig psychosociale voorspeller O: werkgebonden uitkomst	24 studies	Inceptie cohort studies waarbij voorspellers in de eerste 3 maanden van de klachten gemeten moesten zijn	Vote-counting	Eigen herstelverwachting is belangrijke voorspeller. Geen bewijs voor depressie, stress, anxiety of job-satisfaction
Steenstra	2003	B	Systematic Review	P: werknemers met verzuim E: enige voorspeller, niet psychosociaal C: geen/ weinig voorspeller O: werkherhvatting	14 studies	Inceptie cohort studies waarbij de voorspeller gemeten moest zijn in de eerste zes weken van het ontstaan van de klachten	Gepoold relatief risico	Gepoold RR voor beperkingen 2,4 en voor uitstralende pijn 2,5
Turner	2008	B	Prospectief cohort onderzoek	Werknemers die drie weken verzuimden vanwege rugpijn	1885 werknemers in de VS	Prognostische factoren gemeten met diverse gevalideerde vragenlijsten	Verzuimduur van een jaar	Ernst van de beperkingen belangrijkste voorspeller
Kuijer	2006	B	Systematic Review	P: werknemers met chronische klachten E: enige voorspeller C: geen/ weinig voorspeller O: werkgebonden uitkomst	17 studies	Werknemers met chronische rugklachten	Verzuim	Eigen herstelverwachtingen belangrijkste voorspeller
Schaafsma	2009	B	Systematic Review	P: Werknemers met rugklachten I: Lichamelijke conditieverbetering gericht op werkherhvatting C: enige alternatief O: werkherhvatting	23 studies	14 studies waarin lich conditie verbetering werd vegeleken met care as usual	Effect-sizes voor werkherhvatting	Tegenstrijdig resultaat dat pooling van de resultaten onmogelijk maakte. Vijf van de zes studies bij subacute en chronische pijn gaven een positief resultaat, één niet.
Van Oostrom	2009	B	Systematic Review	P: werknemers die wegens ziekte verzuimen I: werkplek-interventie C: usual care O; werkherhvatting	6 RCT's (in totaal 749 werknemers)	6 studies naar het effect van werkplekinterventies.	Verzuim	Matig bewijs dat werkplekinterventies werkherhvatting bij rugklachten kunnen bevorderen

HOOFDSTUK 6. IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJN

5 Onder *implementatie van de richtlijn* wordt de invoering verstaan van de aanbevelingen in de gezondheidszorg.

Landelijk

De richtlijn wordt verspreid onder alle relevante beroeps- en patiëntverenigingen.

10 Regionaal/lokaal

De werkgroep acht het voor een adequate implementatie van de aanbevelingen van deze richtlijn noodzakelijk dat op lokaal of regionaal niveau ten minste de volgende stappen worden gezet:

- 15 - organisatie van de zorgverlening aan patiënten met lage rugklachten door vorming van een multidisciplinair netwerk of zorggroep (regionaal);
- ontwikkeling van een multidisciplinaire rugteam (lokaal);
- aanstelling van een rugconsulent/-netwerkcoördinator (tevens zo mogelijk rugteamcoördinator);
- 20 - vertaling van de aanbevelingen van deze richtlijn in afspraken binnen het netwerk of de zorggroep over diagnostiek en behandeling, werkhervatting, en over samenwerking en communicatie (dus over verwijzen en terugverwijzen, onderlinge uitwisseling van informatie, en over de begeleiding van en voorlichting aan patiënten; dit alles met medewerking van (lokale/regionale) vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen;
- 25 - afspraken maken over borging van de voornoemde afspraken;
- organiseren van lokale/regionale symposia en geaccrediteerde nascholing (deskundigheidsbevordering) ter bevordering van de implementatie van aanbevelingen en afspraken.

Multidisciplinair rugteam

30 In de richtlijn wordt de patiënt geadviseerd om bij aanhoudende klachten een multidisciplinair team te consulteren. Er zijn in Nederland diverse vormen van multidisciplinaire rugteams operationeel. De teamsamenstelling en werkwijze hangt af van de beschikbaarheid van professionals, specifieke deskundigheid en regionale, lokale en organisatiegebonden factoren.

35

De werkgroep is van mening dat het multidisciplinair rugteam idealiter beschikt over:

- een breed samengesteld team, opererend vanuit een biopsychosociaal perspectief, met aandacht voor het dagelijks functioneren (ICF en arbeid);
- een gemeenschappelijke visie op specifieke lage rugklachten;
- 40 - kennis van elkaars competenties en erkenning van expertise;
- procedures over verwijzen en terugverwijzen, onderlinge informatieoverdracht en begeleiding en voorlichting aan patiënten;
- een rugteamcoördinator;
- de mogelijkheid het totale zorgproces en de geleverde kwaliteit te evalueren;
- 45 - structurele patiëntbesprekingen (intervisie, afstemmen complexe zorg);

- organisatorische bijeenkomsten voor de evaluatie van afspraken, resultaten en knelpunten;
- afspraken over in te zetten metingen en meetinstrumenten;
- eenduidige patiëntenvoorlichtingsmateriaal;
- 5 - moderne communicatie middelen, zo mogelijk via een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD);
- actuele kennis van wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen;
- de mogelijkheid om regionale symposia te organiseren dan wel om er aan deel te nemen.

10

De werkgroep is van mening dat de rugteamcoördinator:

- het aanspreekpunt is van de patiënt en kan, maar hoeft niet in alle gevallen de eindverantwoordelijke te zijn voor de zorg*;
- zorgt voor patiëntencontact en eenduidige communicatie waarbij de patiënt zich
- 15 - gehoord voelt;
- onderhoudt contacten met deelnemende zorgprofessionals;
- houdt zicht op de patiëntenstroom en de prestaties en kwaliteit van het team;
- belegt bijeenkomsten bij complexe clienten;
- staat ten dienst van de hele zorgketen bij specifieke lage rugklachten;
- 20 - initieert of neemt actief deel aan regionale bijeenkomsten en symposia over specifieke lage rugklachten;

* Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG; 2010.

25 Een rugteamcoördinator moet over voldoende competenties beschikken (kennis, vaardigheden en attitude) om de coördinerende taak te kunnen uitoefenen. Daarbij valt te denken aan competenties op de gebieden:

1. Organisatie;
2. Communicatie;
3. Professionaliteit;
- 30 4. Kennis en wetenschap;
5. Maatschappelijk handelen;
6. Samenwerking.

35 Het overzicht op pagina 39 is bruikbaar voor een multidisciplinair netwerk of rugteam bij de aanstelling van een rugteamcoördinator; mogelijk gevraagde competenties.

Overzicht van mogelijk gevraagde competenties van een rugteamcoördinator

Organisatie

- Plannen
- initiëren
- coördineren
- corrigeren
- realiseren
- evalueren
- analyseren
- nazorgen
- formuleren en rapporteren
- organiseren
- instructies en procedures volgen
- materialen en middelen inzetten
- beslissen en activiteiten initiëren
- snel handelen

Communicatie

- luisteren
- samenvatten (mondeling en schriftelijk)
- reguleren (interactie)
- verslaan (mondeling en schriftelijk)
- variëren (taal op patiënt en specialisten niveau)
- confronteren
- aandacht en begrip tonen
- samenwerken en overleggen
- teamplayer;
- direct aanspreekbaar voor patiënten
- afstemmen

Samenwerking

- verwijzen en terugverwijzen (1^e en 2^e lijn)
- consulteren
- informeren
- relaties bouwen en netwerken
- bruggenbouwer
- afstemmen
- bemiddelen tussen (ketenpartijen)
- signaleert stagnatie van proces

Kennis en Wetenschap

- kennis van het bewegingssysteem
- kennis van (multi-factoriele) aetiologie
- kennis van wetenschappelijke literatuur
- breed perspectief
- klinische ervaring met rugpatiënten.
- interpreteren (kritisch lezen)
- implementeren
- vakdeskundigheid toepassen
- aanvullend onderzoek (arbeidsomstandigheden)
- adviseren (arbobeleid, o.a.)
- medisch voorlichten
- adviseren omtrent zorg
- kennis van ketenzorg in regio

Maatschappelijk handelen

- anticiperen (trendherkenning)
- relateren (verband individueel zorgtraject / kosten)
- vraaggericht werken
- begeleiden
- kan adviseren: sociaal/maatschappelijk
- kennis van ketenzorg in regio

Professionaliteit

- handelt ethisch en integer
- leergierig
- stressbestendig
- flexibel
- vraaggerichte attitude
- biopsychosociaal perspectief
- richtlijnadherence

BIJLAGE 1. KNELPUNTENANALYSE

Ervaren knelpunten bij de ketenzorg voor patiënten met aspecifieke lage rugklachten.

5

1. Knelpunten volgens patiënten

Betreffende Verwijzen

- De wachttijden worden als te lang ervaren; als er een specifieke reden is om tussen twee afspraken voor diagnostisch onderzoek lang te wachten, is er behoefte aan concrete uitleg hierover;
- 10
- De patiënt mist voldoende overleg en inspraak bij de keuze tussen de mogelijke diagnostische onderzoeken en behandelopties.

Betreffende Overdracht van gegevens

- 15
- Onvoldoende overdracht van informatie tussen de zorgverleners onderling waardoor de patiënt vaak weer zijn hele verhaal moet vertellen;
 - Er ontbreekt een coördinatiepunt binnen het diagnostisch en behandeltraject (de huisarts?).

Betreffende Begeleiding van de patiënt

- 20
- De patiënt voelt zich vaak niet serieus genomen;
 - Er wordt te weinig aandacht besteed aan sociaal emotionele gevolgen (“u moet er maar mee leren leven”);
 - Niet alle mogelijke opties van revalideren zijn bekend.
- 25

Betreffende Informatieverstrekking aan de patiënt

- Het komt te vaak voor dat verschillende zorgverleners tegenstrijdige uitspraken doen;
 - Vaak is voor de patiënt niet duidelijk wat de diagnose is;
 - De patiënt mist vaak voldoende uitleg over de aandoening, over wat er te verwachten is en hoe lang het kan duren;
- 30
- Ook ontbreekt voldoende uitleg over wat hij zelf kan doen tijdens het behandel- en nazorgtraject en daarna, wat mag wel en wat mag niet;
 - Ook zijn de uitspraken van de zorgverleners en de patiëntenverenigingen vaak met elkaar in tegenspraak; patiënten willen weten waar ze juiste informatie kunnen krijgen.
- 35

2. Knelpunten volgens zorgverleners

- de communicatie laat te wensen over; er ontbreken concrete interdisciplinaire beleidsafspraken; men mist standaardisatie bij het gebruik van meetinstrumenten en uitkomstmaten; er bestaat onduidelijkheid over welke informatie door welke
- 40
- zorgverlener wordt geleverd;
 - er ontbreekt een ‘case-manager’ voor patiënten met langdurige klachten;
 - men mist een gezamenlijk behandelgoal bij werkhervatting bij werkende patiënten en eenduidigheid over een slechte prognose;
 - er is te weinig interdisciplinair overleg en samenwerking; er ontbreekt een uniforme
- 45
- indicatiestelling voor beeldvormende diagnostiek (foto, MRI);

- onvoldoende is duidelijk wie welke rugklachten behandelt; hoe onjuiste verwijzingen te corrigeren en te voorkomen;
- de zorgverleners spreken niet allen dezelfde taal, geven onderling verschillende adviezen.

BIJLAGE 2. UITGANGSVRAGEN

- 5 Welke subgroepen met het oog op de behandeling (patiëntenprofielen) kunnen worden onderscheiden op grond van de diagnostiek bij aspecifieke lage rugklachten?
- Wat is de prognose van het functieniveau, activiteitsniveau en participatieniveau op de lange termijn voor de verschillende subgroepen?
- 10 Welke diagnostiek en welke behandelmethodes dienen/kunnen door welke zorgverlener te worden uitgevoerd?
- Op welke momenten en met welke reden dient een patiënt naar welke zorgverlener te worden verwezen?
- 15 Welke informatie dient tussen zorgverleners te worden overgedragen tijdens verwijzing, en uitgewisseld na verwijzing?
Moet deze informatieoverdracht worden gecoördineerd? Zo ja, op welke wijze? Is daarbij een case manager wenselijk en haalbaar?
- 20 Welke informatie dient door welke zorgverlener aan de patiënt te worden geleverd?
Moet deze informatieverstrekking worden gecoördineerd? Zo ja, op welke wijze en door wie?
Is ook hierbij een case manager wenselijk en haalbaar?
- 25 Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor werkhervatting?
Hoe dient een patiënt gestimuleerd te worden tot werkhervatting?
Welke zorgverlener dient welke bijdrage hiertoe te leveren?
- Hoe dient het zorgpad bij de verschillende subgroepen van patiënten eruit te zien?

BIJLAGE 3. PATIËNTENVOORLICHTINGSMATERIAAL

ACUTE FASE

5 **Brochure “Gewone (‘aspecifieke’) lage rugklachten”**

Acute fase

Lage rugklachten komen veel voor. De meeste mensen hebben er wel eens last van. Sommigen krijgen het maar één keer, bij anderen komt het geregeld terug. Bij lage rugklachten gaat het meestal om ‘gewone (‘in medische taal ‘aspecifieke’) lage rugpijn.

10

Wat is aspecifieke lage rugklachten?

De pijn zit onder in de rug, in het gebied tussen de onderste ribben en de billen. Soms straalt de pijn uit naar de billen of naar een of beide bovenbenen. Aspecifieke lage rugklachten kan plotseling ontstaan (‘erinschieten’) of geleidelijk, en kan hevig of zeurend zijn. Vooral bewegen, maar ook staan of zitten kan flink pijn doen. Mensen met aspecifieke lage rugklachten bewegen daarom hun rug zo min mogelijk. Soms kunnen ze hun rug niet eens bewegen. Van een stoel opstaan of uit bed komen, is dan al een hele toer.

15

Aspecifieke lage rugklachten wil zeggen dat er geen aanwijzingen zijn voor een beknelde zenuw (hernia), ziekte, of beschadiging. Mocht u direct – zonder verwijzing van een huisarts - bij een fysiotherapeut of oefentherapeut hulp hebben gezocht, verwijzen zij u naar de huisarts als die aanwijzingen er wel zijn.

20

Aspecifieke lage rugklachten wordt ook wel ‘spit’ of ‘lumbago’ genoemd.

Waarom komt het?

25 Waar aspecifieke lage rugklachten precies vandaan komt, en wat de oorzaak is, is vaak lastig aan te geven. Het ontstaat waarschijnlijk door overbelasting van de rug (vooral van wervelkolom en spieren): door te vlug, te zwaar, te langdurig of te vaak te tillen, door te vaak of te langdurig voor de rug belastende bewegingen te maken of houding aan te nemen. Het kan zijn dat meerdere oorzaken tegelijk een rol spelen. Mensen spannen hun rugspieren ook vaak aan zonder dat ze het in de gaten hebben. Bijvoorbeeld bij een slechte lichamelijke conditie, bij veel autorijden of door spanningen. De pijn betekent niet dat er een ziekte is of dat er blijvende schade is ontstaan.

30

Kan aspecifieke lage rugklachten weer overgaan?

35 Meestal gaat aspecifieke lage rugklachten vanzelf weer over. Bij sommige mensen is de pijn binnen enkele dagen over, bij anderen duurt het enkele weken, bij de meeste mensen is de rugpijn na één of twee maanden verdwenen.

Röntgenfoto of scan?

40 Bij gewone lage rugklachten levert röntgenonderzoek of scan geen bruikbare informatie op. Ze kunnen juist verwarring geven omdat eventuele afwijkingen op de foto (die ook bij mensen zonder rugpijn kunnen voorkomen) onterecht als oorzaak van de pijn worden gezien.

Wat is er aan te doen?

Een wondermiddel tegen specifieke lage rugklachten bestaat niet. De beste behandeling is het natuurlijke genezingsproces.

- 5 Probeer daarom te blijven bewegen en uw dagelijkse bezigheden voort te zetten, ook al heeft u pijn. Dan bent u het snelst van uw klachten af. Het lijkt soms onlogisch, maar beweging is de beste manier om ervoor te zorgen dat uw rug weer normaal gaat functioneren. Pijn in de rug bij bewegen betekent niet dat bewegen schadelijk is. Onderzoek heeft aangetoond dat níét bewegen of het vermijden van bewegingen uw rug meer kwaad doet dan goed. Probeer bedrust daarom zoveel mogelijk te beperken. Als bewegen niet lukt, 10 kunt u een of twee dagen rust nemen. U kunt dan het beste op uw rug liggen met een paar kussens onder uw knieën, of op uw zij met half opgetrokken benen. Warmte (bijvoorbeeld een kruik) op de pijnlijke plek wordt vaak prettig gevonden. Om de paar uren probeert u dan in beweging te komen. Om weer op te komen gaat u eerst op uw zij liggen. Steek dan uw benen over de rand van het bed of de bank en druk uzelf met beide armen omhoog. Om te 15 gaan liggen doet u hetzelfde in omgekeerde richting. Blijf niet de hele dag liggen, want dan verzwakken uw spieren. Het is dan extra moeilijk om weer in beweging te komen. Probeer uw dagelijkse activiteiten zo snel mogelijk weer op te pakken. Het is niet nodig om te wachten tot alle pijn is verdwenen. Als u dat niet goed lukt, kan de huisarts, fysiotherapeut 20 of oefentherapeut u nuttige en praktische aanwijzingen geven en eventueel samen met u een stappenplan maken, en u hierbij zo nodig begeleiden.

Medicijnen, oefentherapie en manuele therapie

- 25 Medicijnen, en oefentherapie of manuele therapie (manipulatie van de wervelkolom), al meteen in de eerste weken na het begin van de rugklachten, kunnen het herstel niet versnellen. Pijnstillers helpen wel om te blijven bewegen. Als u pijnstillers voor de rugpijn gebruikt, kunt u die het beste op vaste tijden innemen, ook al heeft u op dat moment even geen pijn. Probeer dit eerst gedurende een paar dagen. Als dit al enige tijd heeft geholpen, 30 kijk dan of u geleidelijk aan weer zonder pijnstillers kunt. Gebruik bij voorkeur *paracetamol*. Als dat niet helpt zijn er andere middelen, zoals *ibuprofen* of *diclofenac*. Deze laatste twee pijnstillers kunnen bijwerkingen hebben, zoals maagpijn en misselijkheid. Als u na ongeveer 3 weken na het begin van de rugklachten onvoldoende hersteld bent, kunt u baat hebben bij oefentherapie of manuele therapie.

35 Hoe verder?

- Aspecifieke lage rugklachten gaat meestal vanzelf over. De ergste pijn verdwijnt vaak binnen één tot twee weken. Zelfs hardnekkige rugklachten genezen over het algemeen binnen zes tot twaalf weken. Gebruik pijnstillers niet langer dan 12 weken. Wel kunnen de klachten soms weer verergeren of terugkomen. Als u de volgende adviezen opvolgt, kunt u daarmee 40 helpen voorkomen:
- Lang achter elkaar in dezelfde houding staan of zitten kunt u beter vermijden.
 - Snel bukken of iets zwaars optillen kunt u ook beter vermijden.
 - Draaien met de onderrug kunt u ook beter vermijden. Raap niet zittend iets van de grond op dat achter u ligt, maar sta op en buig door uw knieën.
 - 45 - Let op een goede houding. Loop en zit zoveel mogelijk rechtop. Neem een (hoge) stoel die uw rug steunt.

- Zorg voor een goede conditie. Regelmatig wandelen, zwemmen of fietsen is heel goed om uw rug in vorm te houden. Bij een goede conditie hoort ook ontspanning; te veel of te langdurige stress zorgt vaak voor een slechte conditie en gespannen houding en dit vergroot de kans op rugpijn.

5

Als de klachten terug blijven komen, kunt u nog meer doen om dit te veranderen.

Hebben uw klachten te maken met uw werk of gevolgen voor uw werk? Zijn er aanpassingen mogelijk om het werk makkelijker te maken, met minder belasting van uw rug? Bijvoorbeeld door de inrichting van uw werkplek te veranderen (aanpassing van de

10

hoogte van uw stoel, tafel of computer), door gebruik te maken van hulpmiddelen of door een andere taakverdeling? Bespreek dit ook met uw leidinggevende of bedrijfsarts. Sommige mensen hebben vooral last van rugklachten als ze onder spanning staan. Als u dit herkent, helpt het misschien als u leert beter met (oorzaken van) stress om te gaan. U kunt bijvoorbeeld leren uw tijd beter in te delen, problemen en conflicten tijdig op te lossen.

15

Misschien moet u uw houding naar of omgang met anderen veranderen. Er zijn cursussen die u hierin ondersteunen; ook een (eerstelijns)psycholoog kan u daarbij helpen.

Wanneer hulp zoeken?

Neem contact op met uw huisarts:

20

- als het niet beter maar juist slechter gaat
- als de pijn, ondanks het opvolgen van de adviezen, na 1 week nog steeds hevig is;
- als de pijn uitstraalt naar uw been en tot onder uw knie voelbaar is;
- als u lage rugklachten heeft en daarbij een tintelend, branderig of doof gevoel in één van uw voeten of benen;

25

- als u lage rugklachten heeft en daarbij in één been minder kracht heeft;
- als u lage rugklachten heeft en u krijgt problemen met plassen, zoals plotseling niet meer kunnen plassen of plotseling de plas niet meer kunnen ophouden;
- als bewegen na 3 weken nog onvoldoende lukt;
- als u zich zorgen maakt over uw rugklachten of over andere bijkomende verschijnselen dan bovenstaande.

30

Kosten

Een bezoek aan uw huisarts wordt standaard door uw zorgverzekeraar vergoed.

U kunt rechtstreeks (zonder verwijfsbriefje) naar een fysio- of oefentherapeut. Uw therapeut zal u informeren over de vergoeding voor behandelingen. Als dit niet het geval is, neem dan

35

contact met uw zorgverzekeraar op om onverwachte kosten achteraf te voorkomen.

Meer informatie

Voor vragen en lotgenotencontact kunt u contact opnemen met onderstaande patiëntenorganisatie:

40

Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten "de Wervelkolom"

Past. Dijkmansstraat 31, 5611 RA Eindhoven

Telefoon: 0900 – RUGINFO (0900– 784 46 36)

Email: info@nvvr.nl

45

www.ruginfo.nl

Aandachtspuntenlijst voor de patiënt:

Gesprekspunten	Aantekeningen
<p><i>Gesprek met de arts of therapeut</i></p> <ul style="list-style-type: none">• De klachten of verschijnselen waar u last van heeft:<ul style="list-style-type: none">- hoe lang heeft u last- wisselen de klachten of zijn ze altijd hetzelfde- hoe gaat u met de pijn om- wat zijn uw verwachtingen- waar bent u eventueel bang voor• Invloed pijn/klachten op uw dagelijks leven:<ul style="list-style-type: none">- lichamelijke verzorging- huishoudelijk werk- sociaal leven- uw mentale gesteldheid• Uitleg lage rugklachten.<ul style="list-style-type: none">- wat is lage rugpijn- oorzaken van lage rugklachten- bouw en anatomie van de rug- verloop van de klachten in het algemeen- verloop van de klachten in het algemeen (prognose en duur van de pijn) <p><i>Onderzoek/ mogelijke onderzoeken die de arts kan doen</i></p> <ul style="list-style-type: none">- lichamenlijk onderzoek.- uw toestemming voor het onderzoek.- nut of noodzaak van diverse onderzoeken- zoals röntgenfoto of scan <p><i>Voorlopig beleid:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- tijdgebonden afspraken t.a.v. (na)bespreken pijn/klachten en vervolgafspraken- eventueel voorschrijven medicijnen/pijnstillers- eventueel verwijzen naar rugconsulent of andere zorgverlener	
Informatie die u aan de arts kan geven	
<ul style="list-style-type: none">• Uw leefstijl (activiteiten, voeding, roken etc.)• De invloed van uw klachten op uw dagelijks leven/huishouden/werk.• Andere ziektes/ klachten waar u last van heeft.• Een eventueel ongeluk of val.• Medicijnen/pijnstillers die u al gebruikt.	

Vragen/ onderwerpen die u aan de orde wilt stellen	
<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijke bijwerkingen van medicijnen/pijnstillers • Adviezen voor thuis, bijvoorbeeld wanneer u rust moet houden of juist actief blijven. • Mogelijkheden om thuis oefeningen te doen 	

Kader – zorgverleners die u kunnen ondersteunen

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts • Bedrijfsarts • Rugconsulent • Fysiotherapeut / Manueel therapeut • Oefentherapeut (bijv. Cesar of Mensendieck) • Ergotherapeut • Psycholoog • Orthopeed • Neuroloog • Reumatoloog • Anesthesioloog • Revalidatiearts • Sportarts • Verzekeringsarts/arbeidsgeneeskundige |
|--|

5

BIJLAGE 4. PATIËNTENVOORLICHTINGSMATERIAAL CHRONISCH BELOOP

5 Brochure “Gewone (‘aspecifieke’) lage rugklachten” Chronisch beloop

Pijn in uw rug is lastig en vervelend. Uw humeur kan eronder lijden net zoals het huishouden, uw werk en andere activiteiten als sporten, winkelen, uitgaan of tuinieren. Soms lukt het een tijdje bijna of helemaal niet meer om ze te doen. Langdurige rugklachten beïnvloedt uw dagelijkse leven op een onprettige manier. Ook als u er langere tijd last van heeft, is het goed om te weten wat u er zelf aan kunt doen en waar u om hulp kunt vragen.

Wat is aspecifieke lage rugklachten?

15 Aspecifieke lage rugklachten wordt ook wel ‘spit’ of ‘lumbago’ genoemd. Het komt veel voor. De meeste mensen hebben er wel eens last van. Sommigen krijgen het maar één keer, bij anderen komt het geregeld terug.

De pijn zit onder in de rug, in het gebied tussen de onderste ribben en de billen. Soms straalt de pijn uit naar de billen of naar een of beide bovenbenen. Lage rugklachten kan plotseling ontstaan (‘erinschieten’) of geleidelijk, en kan hevig of zeurend zijn. Vooral bewegen, maar ook staan of zitten kan flink pijn doen. Mensen met lage rugklachten bewegen daarom hun rug zo min mogelijk. Soms kunnen ze hun rug niet eens bewegen. Van een stoel opstaan of uit bed komen, is dan al een hele toer.

20 Aspecifieke lage rugklachten wil zeggen dat er geen aanwijzingen zijn voor een beknelde zenuw (hernia), ziekte, of beschadiging. Mocht u direct – zonder verwijzing van een huisarts - bij een fysiotherapeut of oefentherapeut hulp hebben gezocht, verwijzen zij u naar de huisarts als die aanwijzingen er wel zijn.

Waardoor komt het?

30 Waar de rugklachten precies vandaan komt, en wat de oorzaak is, is vaak lastig aan te geven. Het ontstaat waarschijnlijk door overbelasting van de rug (vooral van wervelkolom en spieren): door te vlug, te zwaar, te langdurig of te vaak te tillen, of door te vaak of te langdurig voor de rug belastende bewegingen te maken of houding aan te nemen. Het kan zijn dat meerdere oorzaken tegelijk een rol spelen. Mensen spannen hun rugspieren ook vaak langdurig aan zonder dat ze het in de gaten hebben. Bijvoorbeeld bij een slechte lichamelijke conditie, bij eel autorijden of door spanningen. De pijn betekent niet dat er een ziekte is of dat er blijvende schade is ontstaan.

Kan aspecifieke lage rugklachten weer overgaan?

40 Meestal gaat aspecifieke lage rugklachten vanzelf weer over. Bij sommige mensen is de pijn binnen enkele dagen over, bij anderen duurt het enkele weken, bij de meeste mensen is de rugpijn na één of twee maanden verdwenen. Maar soms blijft de pijn langer bestaan, herstelt u niet of onvoldoende, of komt de pijn gedurende enige tijd enkele keren min of meer snel achter elkaar terug. Daar is bij u nu sprake van.

45

Wat is er aan te doen?

Wanneer u zelf stappen onderneemt om er iets aan te doen, bent u er sneller vanaf. In deze tekst vindt u daarover tips en mogelijkheden. Eigen initiatief is belangrijk maar u hoeft niet alles alleen te doen. Er zijn veel zorgverleners die u hierbij kunnen helpen, zoals uw huisarts
5 en de fysio- of oefentherapeut. Maar u kunt ook denken aan de bedrijfsarts, de ergotherapeut of de psycholoog.

Probeer te blijven bewegen en uw dagelijkse bezigheden voort te zetten, ook al heeft u pijn. Het lijkt soms onlogisch, maar beweging is de beste manier om ervoor te zorgen dat uw rug
10 weer in normaal gaat functioneren. Pijn in de rug bij bewegen betekent niet dat bewegen schadelijk is. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat níét bewegen of het vermijden van bewegingen uw rug meer kwaad doet dan goed. Probeer bedrust daarom zoveel mogelijk te beperken.

Soms kan de pijn weer dermate toenemen dat bewegen niet meer lukt, of erg vermoeiend is. Als dat het geval is, kunt u een of twee dagen rust nemen. U kunt dan het beste op uw rug
15 liggen met een paar kussens onder uw knieën, of op uw zij met half opgetrokken benen. Warmte (bijvoorbeeld een kruik) op de pijnlijke plek wordt vaak prettig gevonden. Om de paar uren probeert u dan in beweging te komen. Om weer op te komen gaat u eerst op uw zij liggen. Steek dan uw benen over de rand van het bed of de bank en druk uzelf met beide
20 armen omhoog. Om te gaan liggen doet u hetzelfde in omgekeerde richting. Blijf niet de hele dag liggen, want dan verzwakken uw spieren. Het is dan extra moeilijk om weer in beweging te komen. Probeer uw dagelijkse activiteiten zo snel mogelijk weer op te pakken. Als u dat niet goed lukt, kan de huisarts, fysiotherapeut of oefentherapeut u nuttige en praktische
25 aanwijzingen geven en eventueel samen met u een stappenplan maken, en u hierbij zo nodig begeleiden.

Wanneer naar de huisarts?

Neem, als u nog geen (vervolg)afpraak hebt, contact op met uw huisarts:

- als de pijn uitstraalt naar uw been en tot onder uw knie voelbaar is;
- 30 - als u naast de lage rugpijn ook last krijgt van een tintelend, branderig of doof gevoel in één van uw voeten of benen;
- als u naast de lage rugpijn ook merkt dat de kracht in één van uw voeten of benen afneemt;
- als u naast lage rugpijn ook problemen krijgt met plassen, zoals plotseling niet meer
35 kunnen plassen of plotseling de plas niet meer kunnen ophouden;
- als u het gevoel heeft dat het helemaal niet beter wordt;
- als u zich zorgen maakt over uw rugpijn of over andere verschijnselen dan bovenstaande.

Wat doet de huisarts?

Uw huisarts kan uw rugpijn niet direct genezen. De huisarts zal u ook niet altijd meteen een behandeling voorschrijven of doorverwijzen naar een specialist. Uw huisarts stelt u vragen over uw rugklachten en voert als dat nodig is een lichamenlijk onderzoek uit. De huisarts let hierbij op de volgende punten:

Mogelijke oorzaken

Tijdens uw eerste bezoeken maar ook soms later als dat nodig mocht zijn gaat de huisarts na of er aanwijzingen zijn voor een hernia, en ook of er iets ernstigs aan de hand is, zoals een infectie in het bot, een botbreuk of kanker. Als er aanwijzingen zijn voor iets ernstigs, verwijst de huisarts u naar een specialist voor verder onderzoek. Dit kan de orthopeed, de neuroloog of reumatoloog zijn.

Maar vergeet niet dat een ernstige ziekte zelden de oorzaak is van lage rugklachten!

Röntgenfoto of scan

Bij specifieke lage rugklachten, ook als die langer duurt dan verwacht, levert röntgenonderzoek of een scan geen bruikbare informatie op. Daarom noemen artsen het “specifieke” lage rugklachten. Dit betekent natuurlijk niet dat er van inbeelding sprake zou zijn. Foto’s of scans kunnen juist verwarring geven omdat eventuele afwijkingen (die ook bij mensen zonder rugklachten voorkomen) onterecht als oorzaak van de pijn worden gezien.

Factoren die negatief kunnen werken

Wanneer uw huisarts vaststelt dat het bij u –nog steeds- om specifieke lage rugklachten gaat, kan hij of zij naar een aantal andere dingen vragen. Soms spelen andere factoren in uw leven een rol die van invloed zijn op de rugklachten. Dit kunnen dingen zijn in uw werksituatie of in uw persoonlijke situatie. Verderop staan factoren die negatief kunnen werken waardoor u minder snel herstelt. Als u een of meer factoren herkent, bespreek deze dan met uw huis- of bedrijfsarts. Het is ook mogelijk dat u hulp nodig heeft om andere problemen in uw leven op te lossen. Uw huisarts helpt u hierbij en kan u eventueel doorverwijzen.

Factoren die positief kunnen werken

Ook al zijn uw klachten na twee maanden niet of onvoldoende verdwenen of juist weer teruggekomen, door uw dagelijkse activiteiten zo veel mogelijk uit te blijven breiden, houdt u toch de grootste kans op afname van de klachten.

Verderop staan meer factoren die positief kunnen bijdragen aan uw herstel.

Als de uitleg van uw huisarts of de informatie in deze tekst voor u niet duidelijk is of vragen bij u oproept, vraag uw huisarts dan om verdere toelichting.

Factoren die positief kunnen werken

Juiste opvattingen: “ik heb pijn maar er is niets ernstigs; als ik beweeg is dat goed voor mijn rug, er wordt niets beschadigd; ik hoef niet te wachten met bewegen tot de pijn over is”

Positieve gedachten: “de pijn kan over gaan, daar zet ik mij voor in!; rugpijn gaat meestal vanzelf over”

Prettige gevoelens: “ik ben rustig en ontspannen; ik voel me goed”

Behandelingen die u helpen actief te blijven, te bewegen en uw dagelijkse activiteiten uit te voeren.

U gaat met plezier naar uw werk; u kunt goed opschieten met collega's en leidinggevenden. Zij ondersteunen u, ook als het wat minder gaat. Als het nodig is, wordt de werkplek of de werkinhoud aangepast.

5 Factoren die negatief kunnen werken

Misvattingen over rugpijn: "ik heb iets ernstigs; actief bezig zijn maakt de pijn erger; ik mag niet bewegen als ik pijn heb; ik kan niet werken want dat is slecht voor mijn rug"

10 Negatieve gedachten: "de pijn gaat toch niet over; niets helpt tegen de pijn"; als de pijn blijft kan ik niet meer actief functioneren".

Onprettige gevoelens: "ik ben snel geïrriteerd en nerveus; ik sta voortdurend onder spanning; ik voel me nutteloos; ik voel me depressief"

15 Behandelingen waarbij u, ook als de pijn minder is, bijna niet beweegt en bewegen niet wordt gestimuleerd; behandelingen waarin u geen vertrouwen heeft.

20 U gaat niet met plezier naar uw werk; u kunt slecht opschieten met de mensen op uw werk. Collega's en leidinggevenden tonen weinig belangstelling en helpen u niet erdoorheen te komen. U bent ontevreden over uw werkplek of over het werk zelf. U hebt stress op uw werk. Er is een hoge belasting in het werk, bijvoorbeeld door zwaar tilwerk of werken in een moeilijke houding.

25 **U krijgt het advies te bewegen:**

Door te bewegen en door lichte activiteiten te doen, bevordert u dat uw rugklachten afnemen. En het is ook belangrijk om uw conditie op peil te houden of te verbeteren. Daarmee verkleint u het risico dat de rugpijn weer opkomt of verergert.

30 Langere tijd in bed liggen, is niet goed voor de rug. Uw rug zal door teveel rust stijf worden, uw spieren zullen slapper worden en uw conditie zal achteruit gaan. Wanneer u lange tijd niet beweegt, wordt het moeilijker om de draad weer op te pakken.

35 Vroeger werd vaak (bed)rust voorgeschreven om lage rugpijn te behandelen. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat het niet of nauwelijks gebruiken van de rug meer kwaad doet dan goed!

De voordelen van bewegen zijn:

- 40 - Uw spieren worden actief gehouden;
- U houdt een goede conditie;
- Uw gewicht neemt niet toe;
- U blijft soepel en lenig;
- U zult zich fitter voelen en meer kunnen;
- 45 - U krijgt een ontspannen gevoel.

Alle artsen en therapeuten adviseren daarom om in beweging te blijven en zoveel mogelijk uw normale activiteiten te blijven doen of op te pakken.

Tips om in beweging te blijven

- 5
- Neem uzelf voor om uw normale activiteiten snel weer te gaan doen
 - Als u van uw werk verzuimt, ga dan zo snel mogelijk weer aan de slag eventueel maar een gedeelte van de dag of met aangepaste werktaken
 - Pas uw activiteiten tijdelijk aan als dat nodig is en breid geleidelijk uit naar uw normale niveau
- 10
- Neem uzelf voor om elke dag iets aan beweging of sport te doen, bijvoorbeeld wandelen, fietsen of zwemmen. Bepaal zelf welke vorm van beweging het beste bij u past en hoe intensief u dit kunt doen
 - Maak bewegen onderdeel van uw dagelijks leven. Neem bijvoorbeeld de trap in plaats van de lift en doe een boodschap met de fiets of te voet in plaats van met de auto

15

Welke behandelingen kunnen helpen?

Medicijnen

Medicijnen kunnen de pijn verzachten. Als de pijn u hindert in uw dagelijkse activiteiten (thuis of op uw werk), kan uw huisarts u pijnstillers voorschrijven. Doordat de medicijnen de pijn verzachten, zult u er meer vertrouwen in krijgen dat u uw activiteiten kunt hervatten. Vergeet niet dat het gebruik van medicijnen een tijdelijke maatregel is. Medicijnen lossen het ontstaan van de rugpijn niet op.

20

Als u pijnstillers voor de rugpijn gebruikt, kunt u die het beste op vaste tijden innemen, ook al heeft u op dat moment even geen pijn. Probeer dit eerst gedurende een paar dagen. Als dit al enige tijd heeft geholpen, kijk dan of u geleidelijk aan weer zonder pijnstillers kunt. Gebruik bij voorkeur *paracetamol*. Als dat niet helpt zijn er andere middelen, zoals *ibuprofen* of *diclofenac*. Deze laatste twee pijnstillers kunnen bijwerkingen hebben, zoals maagpijn en misselijkheid.

25

En andere behandelingen dan?

30

U kunt baat hebben bij oefentherapie. Er worden daarnaast vele andere behandelingen toegepast bij lage rugklachten. Over die behandelingen wordt dan bijvoorbeeld vermeld dat ze de pijn kunnen verlichten of uw rugspieren versterken. Maar uit onderzoek is nooit gebleken dat een van deze behandelingen zin heeft bij lage rugklachten. En hoewel dat soms wel over een bepaalde behandeling wordt gesuggereerd is er geen enkele behandeling die u direct helemaal van de klachten af helpt. En er is ook geen enkele behandeling die de zekerheid geeft dat de rugklachten voorgoed wegblijven.

Wat kunt u zelf aan uw rugklachten doen?

40

Probeer verantwoordelijk te blijven voor uw eigen leven. Hieronder staan tips die u kunnen helpen.

Stel uw eigen doelen vast

45

Houd het heft in eigen hand en neem uw eigen beslissingen. Eén van de beste manieren om een doel te bereiken, is door het doel zelf vast te stellen. Dit werkt beter dan wanneer andere mensen doelen voor u stellen. Kies bijvoorbeeld die vorm van beweging die u graag

zou willen doen, maar die u nu niet kunt doen door de rugklachten. U kunt hierbij een activiteitenplan gebruiken. Het geeft een goed gevoel als blijkt dat u dingen kunt doen, waarvan u dacht dat u ze niet meer zou kunnen.

5 *Blijf positief*

Optimistisch blijven is vaak makkelijker gezegd dan gedaan. Maar vergeet niet dat lage rugklachten meestal over gaat. Herinner uzelf hier vaak aan. Verhalen over mensen met ernstige rugaandoeningen gaan over zeldzame gevallen. Besteed hier geen aandacht aan. Ga ervan uit dat u spoedig uw normale activiteiten weer zult doen. Als u een positieve houding heeft, vergroot u de kans dat u binnen afzienbare tijd de meeste van uw dagelijkse activiteiten weer kunt uitvoeren.

Praat over uw rugklachten

15 Het helpt vaak om steun van anderen te krijgen en dat kan alleen als u over uw rugklachten praat. Leg uw probleem uit aan andere mensen, vertel hen wat u er zelf aan doet en vraag om hulp als het nodig is.

Durf uw angst onder ogen te zien

20 Als u door de pijn bang wordt, probeer dan na te gaan waar u het meest bang voor bent en praat erover met uw zorgverlener. Vermijding van dingen waar u bang voor bent, is alleen een oplossing op korte termijn. Op lange termijn kan dit voor problemen zorgen.

Leer om te gaan met stress

25 Door stress kan de pijn toenemen, doordat uw spieren zich spannen. Probeer dingen te ondernemen die u kalmeren of afleiden, bijvoorbeeld wandelen, fietsen, zwemmen, muziek luisteren, ontspanningsoefeningen doen of een warm bad nemen. Probeer uw spieren te ontspannen.

Actief problemen oplossen

30 Als u merkt dat er ook nog andere hindernissen of problemen in uw dagelijks leven zijn, probeer deze dan te benoemen. Bedenk een aantal oplossingen en kies de oplossing die u het beste lijkt. Probeer deze oplossing uit te voeren en kijk of de situatie verbetert.

35 *Aarzel niet om met uw huisarts te overleggen of eventueel andere professionele hulp in te roepen kan worden wanneer u er niet uitkomt.*

Praktische adviezen:

Het is bewezen dat het gunstig is om door te gaan met de dingen of activiteiten die u gewend bent. Hieronder staan een aantal adviezen die u daarbij zouden kunnen helpen.

40

Tillen

Bedenk voordat u iets optilt hoe u gaat tillen en ken uw eigen kracht. Draai uw rug niet en gebruik de kracht van uw benen. Til en draag dingen dicht tegen uw lichaam aan. Gebruik uw

45 voeten wanneer u uw lichaam draait.

Zitten

5 Gebruik een stoel met een goede steun in uw onderrug. Vermijd het zitten op lage en zachte stoelen. Probeer, als u lang achter elkaar moet zitten, vaak te wisselen van houding en als het kan elke 20 of 30 minuten even op te staan en te bewegen. Ga ook na of uw werkoppervlak (bijvoorbeeld uw bureau) en uw stoel de juiste hoogte hebben.

Staan

10 Als u lange tijd achter elkaar moet staan, probeer dan vaak te wisselen van houding en als het kan elke 20 of 30 minuten even te zitten. Ga ook na of u staand werk op de juiste hoogte uitvoert.

Rugpijn en werk

15 Misschien heeft u zich vanwege uw rugpijn ziek moeten melden en kunt u uw normale werkzaamheden tijdelijk niet uitvoeren. Vergeet dan niet dat u sneller herstelt als u uw werk zo snel mogelijk geheel of gedeeltelijk oppakt, ook al heeft u misschien nog last van uw rug. Hoe langer u van uw werk weg bent, hoe moeilijker het wordt om weer aan de slag te gaan.

20 Zorg dat u in contact blijft met uw werkgever of leidinggevende en met uw collega's. Ook al kunt u misschien niet de hele dag al uw normale taken uitvoeren, het kan prettig zijn om naar het werk te gaan. Zo blijft u op de hoogte van de laatste ontwikkelingen op uw werk.

25 Ook kunnen collega's dan beter rekening met u houden en kunt u met hen bespreken welke taken zij van u kunnen overnemen. Uw collega's zien dat u vooruitgang boekt en kunnen u daarbij ondersteunen.

Aan het werk blijven

30 Als u zich niet heeft ziek gemeld maar wel veel klachten heeft, kunt u het open spreekuur van uw bedrijfsarts of bedrijfsverpleegkundige bezoeken. Bespreek met hen problemen die u op het werk tegenkomt. Misschien is het mogelijk om met kleine aanpassingen aan het werk te blijven. Informatie over het open spreekuur kunt u krijgen bij de arbodienst van uw werk.

Werkhervatting

35 Als u ziek thuis bent, krijgt u van de bedrijfsarts een uitnodiging voor het spreekuur. U kunt samen met uw bedrijfsarts vaststellen welke van uw werkzaamheden u kunt uitvoeren en welke tijdelijk niet. U kunt misschien niet alles of misschien houdt u het niet de hele dag vol. Kleine aanpassingen in de werkzaamheden of de werktijden kunnen dan uitkomst bieden. In overleg met uw leidinggevende en de bedrijfsarts kunt u een voor u geschikte oplossing vinden.

40

Privacy

45 Uw huisarts kan informatie verstrekken aan de bedrijfsarts en andersom. Om uw privacy te beschermen is daarvoor uw toestemming nodig. De bedrijfsarts heeft, net als de huisarts, een beroepsgeheim. Wat u met de bedrijfsarts bespreekt, mag niet worden doorgegeven aan uw werkgever. Uw bedrijfsarts kan u ook behandelingen adviseren.

Tegenwoordig is het wettelijk geregeld dat zowel de werkgever als de werknemer zich moeten inzetten voor hervatting van het werk. Over de wet 'Wet Verbetering Poortwachter' en over andere regelgeving, kunt u meer informatie krijgen bij uw werkgever of bij landelijk, onafhankelijk kenniscentrum Welder.

5

En als de pijn terugkomt?

10 Bij veel mensen komt de rugpijn vaker weer opzetten. Dat betekent niet dat er iets ernstigs is. Wandelen, zwemmen en fietsen zijn ook dan een goed idee. De meeste mensen kunnen deze activiteiten doen en daarbij zijn ze, vergeleken met andere sporten, niet duur. Probeer met iemand af te spreken om samen te bewegen. Dit kan gezellig zijn en het geeft u een extra stimulans. Wanneer u fit blijft en uw conditie op peil houdt, heeft u minder kans dat de rugpijn terugkomt.

U heeft de meeste voordelen van beweging als u:

- 15
- iets doet wat u zelf leuk vindt;
 - ermee blijft doorgaan, ook als de pijn over is;
 - er elke dag een half uurtje aan besteedt.

20 Als de rugpijn terugkomt, vergeet dan niet dat die weer af zal nemen, net zoals de vorige keer. Maak weer gebruik van dezelfde vaardigheden en methoden. U kunt deze tekst daar weer bij gebruiken.

Als uw huisarts heeft vastgesteld dat uw rugklachten geen ernstige oorzaak heeft, betekent dit:

- 25
- dat u zelf actief aan de slag kunt gaan om van de rugklachten af te komen;
 - dat u in beweging kunt blijven;
 - dat u uw normale activiteiten geleidelijk kunt oppakken en uitbreiden;
 - dat u optimistisch kunt zijn over het herstel.

Aandachtspuntenlijst

Gesprekspunten	Aantekeningen
<p><i>Gesprek met de arts of therapeut</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • De klachten of verschijnselen waar u last van heeft: <ul style="list-style-type: none"> - hoe lang heeft u inmiddels last - wisselen de klachten of zijn ze altijd hetzelfde - hoe gaat u met de pijn om - wat zijn uw verwachtingen - waar bent u eventueel bang voor • Uitleg (nogmaals) wat lage rugpijn is <ul style="list-style-type: none"> - oorzaken van lage rugpijn - bouw en anatomie van de rug - verloop van de klachten in het algemeen - verloop van de pijn in het algemeen (prognose en duur van de pijn) • Gevolgen van de pijn/klachten op uw dagelijks leven: <ul style="list-style-type: none"> - lichamelijke verzorging - huishoudelijk werk - sociaal leven - uw mentale gesteldheid <p><i>Onderzoek/ mogelijke onderzoeken die de arts kan doen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - lichamenlijk onderzoek - uw toestemming voor het onderzoek - nut of noodzaak van onderzoeken - zoals röntgenfoto of scan <p><i>Voorlopig beleid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - tijdgebonden afspraken t.a.v. (na)bespreken pijn/klachten en vervolgaafspraken - eventueel voorschrijven/herhaalrecept medicijnen/pijnstillers - verwijzen naar rugconsulent of andere zorgverlener <ul style="list-style-type: none"> • Onderlinge afstemming verschillende artsen/hulpverleners over behandelplan 	
<p>Informatie die u aan de arts kan geven</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • De gevolgen en veranderingen in uw persoonlijke situatie door de pijn/klachten • Ervaringen van u met bepaalde behandelingen • Verwachtingen van u ten aanzien van de behandeling(en) 	

Vragen/ onderwerpen die u aan de orde wilt stellen	
<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijke bijwerkingen van medicijnen/pijnstillers • Adviezen voor thuis, bijvoorbeeld wanneer u rust moet houden of juist actief blijven • Mogelijkheden om thuis oefeningen te doen • Wie betrokken zijn bij de behandeling (zie kader) • Wie uw contactpersoon is voor de behandeling • Wat u er zelf nog meer aan kunt doen 	

Kader – Zorgverleners die u kunnen ondersteunen

<ul style="list-style-type: none"> • Huisarts • Bedrijfsarts • Rugconsulent • Fysiotherapeut / Manueel therapeut • Oefentherapeut (bijv. Cesar of Mensendieck) • Ergotherapeut • Psycholoog • Orthopeed • Neuroloog • Reumatoloog • Anesthesioloog • Revalidatiearts • Sportarts • Verzekeringsarts/arbeidsdeskundige

5

Kosten

Een bezoek aan uw huisarts wordt standaard door uw zorgverzekeraar vergoed.

10 U kunt rechtstreeks (zonder verwijsbriefje) naar een fysio- of oefentherapeut. Uw therapeut zal u informeren over de vergoeding voor behandelingen. Als dit niet het geval is, neem dan contact met uw zorgverzekeraar op om onverwachte kosten achteraf te voorkomen.

Meer informatie

Voor lotgenotencontact en vragen kunt u contact opnemen met :

- 5 Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten “de Wervelkolom”
Past. Dijkmansstraat 31
5611 RA Eindhoven
Telefoon: 0900 – RUGINFO (0900 – 784 46 36)
Email: info@nvvv.nl
www.ruginfo.nl

10

Voor vragen over werk, uitkeringen en verzekeringen in relatie tot gezondheid kunt u contact opnemen met:

- 15 Welder
Rijswijkstraat 175-8
1062 EV Amsterdam
Telefoon: 0900 - 4 800 300
www.vraagwelder.nl
- 20 Email: via de website