



KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom

Onder redactie van:

dr. N.M. Swart; dr. A.T. Apeldoorn; D. Conijn, MSc; G.A. Meerhoff, MSc; prof. dr. R.W.J.G. Ostelo

Alle onderdelen van de richtlijn, inclusief de samenvatting, zijn beschikbaar via kngf.nl/kennisplatform



KNGF-richtlijn 'Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom' is een uitgave van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck

Citeer deze richtlijn als volgt: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) / Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvoCM). KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom. Amersfoort/Utrecht: KNGF/VvoCM; 2021.

Werkgroep

Prof. dr. P.J. van der Wees	voorzitter werkgroep
L. Voogt	vertegenwoordiger patiënten, afgevaardigde PF
Dr. W.T.M. Enthoven	huisarts, afgevaardigde NHG
Dr. X. Zuidema	anesthesioloog, afgevaardigde NVA
Dr. P.P.F.M. Kuijer	bewegingspecialist werk, afgevaardigde NVAB
D. Vandeput, MSc	fysiotherapeut, afgevaardigde WVK
J.H.C. Kloth, MSc	oefentherapeut, afgevaardigde VvOCM
M. van Veelen, MSc	psychosomatisch fysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NFP
Y. de Leeuw-van Zaanen, MSc	bedrijfsfysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NVBF
M. Ghoochannejhad, MSc	sportfysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NVFS
F. Maissan, MSc	fysiotherapeut, manueel therapeut, afgevaardigde KNGF-NVMT
H. van Helvoirt	fysiotherapeut tweede lijn, afgevaardigde KNGF
T.R.M. van den Meiracker, MSc	fysiotherapeut eerste lijn, afgevaardigde KNGF

NFP = Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek; NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap; NVA = Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; NVAB = Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; NVBF = Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten; NVFS = Nederlandse Vereniging van Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg; NVMT = Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie; PF = Patiëntenfederatie; VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck; WVK = Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Kinesitherapeuten.

Klankbordgroep

Prof. dr. P.J. van der Wees	voorzitter werkgroep
Prof. dr. M.W. van Tulder	onderzoeker
Dr. B. Staal	onderzoeker, docent
Dr. J.D. Bier	fysiotherapeut eerste lijn
M.J.A. Edelaar, MSc	fysiotherapeut tweede lijn
N. de Vries	geriatriefysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NVFG
W.J.M. Tempelaars, MSPT / J.C.P. Jesterhoudt, MSPT	bekkenfysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NVFB
M.G. Mooren	oefentherapeut, afgevaardigde VvOCM
M. Naeff, MSc	sportarts, afgevaardigde VSG
Dr. D.F.M. Pakvis	orthopedisch chirurg, afgevaardigde NOV





Dr. B. Brouwer	neuroloog, afgevaardigde PA!N
T. Kahraman, MSc	revalidatiearts, afgevaardigde VRA
A. te Molder (tot 31 maart 2020), J. van Vliet, MSc (m.i.v. 1 april 2020) en C. Stevens	afgevaardigde ZN
Dr. H.S. Miedema	medisch adviseur ZIN

NOV = Nederlandse Orthopedische Vereniging; NVFB = Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie; NVFG = Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie; PA!N = Pain Alliantie in Nederland; VRA = Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen; VSG = Vereniging voor Sportgeneeskunde; VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck; ZIN = Zorginstituut Nederland; ZN = Zorgverzekeraars Nederland; MSPT = Master of Specialised Physical Therapy.

Kerngroep

Dr. N.M. Swart	richtlijnadviseur, projectleider KNGF
Dr. A.T. Apeldoorn	onderzoeker, docent, fysiotherapeut, manueel therapeut
D. Conijn, MSc	richtlijnadviseur, beleidsmedewerker VvOCM
G.A. Meerhoff, MSc	manager kwaliteitsbeleid KNGF
Prof. dr. R.W.J.G. Ostelo	onderzoeker

VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Inhoudsopgave

A Algemene informatie	7
A.1 Inleiding	7
A.2 Achtergrond lage rugpijn en LRS	9
A.2.1 Epidemiologie, pathofysiologie en comorbiditeit	9
A.2.2 Maatschappelijke impact	10
A.2.3 Klinisch beeld en beloop	10
A.2.4 Etiologische en prognostische factoren	10
A.3 Organisatie van zorg	12
B Diagnostisch proces	14
B.1 Anamnese, lichamelijk onderzoek en rode vlaggen	14
B.1.1 Anamnese	14
B.1.2 Lichamelijk onderzoek	15
B.1.3 Rode vlaggen	17
B.2 Indicatiestelling en behandelprofielen	18
B.2.1 Classificatiesystemen	20
B.3 Meetinstrumenten	21
C Therapeutisch proces	23
C.1 Voorlichting en (pijn)educatie	23
C.2 Oefentherapie	25
C.2.1 Oefentherapeutische interventies	25
C.2.2 Type en dosering van de oefentherapie	26
C.3 Gedragsgeoriënteerde behandeling	28
C.4 Niet-oefentherapeutische interventies	29
C.4.1 Mobilisaties en manipulaties	29
C.4.2 Massage	30
C.4.3 Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) en interferentie	30
C.5 Afsluiting van de behandeling	31
Toelichting	32
A Algemene informatie	
Noot A.1 Inleiding	32
Noot A.2.1 Epidemiologie, pathofysiologie en comorbiditeit	35
Noot A.2.2 Maatschappelijke impact	37
Noot A.2.3 Klinisch beeld en beloop	37
Noot A.2.4 Etiologische en prognostische factoren	38
Noot A.3 Organisatie van zorg	41

B Diagnostisch proces

Noot B.1.1	Anamnese	48
Noot B.1.2	Lichamelijk onderzoek	50
Noot B.1.3	Rode vlaggen	53
Noot B.2	Indicatiestelling en behandelprofielen	54
Noot B.2.1	Classificatiesystemen	57
Noot B.3	Meetinstrumenten	58

C Therapeutisch proces

Noot C.1	Voorlichting en (pijn)educatie	63
Noot C.2.1	Oefentherapie	65
Noot C.2.2	Type en dosering van de oefentherapie	68
Noot C.3	Gedragsgeorïënteerde behandeling	70
Noot C.4.1	Mobilisaties en manipulaties	74
Noot C.4.2	Massage	77
Noot C.4.3	Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) en interferentie	79
Noot C.5	Afsluiting van de behandeling	81

A Algemene informatie

A.1 Inleiding

Aanleiding voor de herziening van de richtlijn

Sinds de publicatie van de 'KNGF-richtlijn Lage rugpijn' in 2013 en de 'VvOCM-richtlijn Aspecifieke Lage-rugklachten' in 2009 zijn nieuwe inzichten verkregen met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van patiënten met lage rugpijn. Om patiënten met lage rugpijn de juiste therapeutische interventie(s) voor de juiste doelen te kunnen bieden – op de juiste plek binnen de gezondheidszorg – en om praktijkvariatie te verminderen, was herziening nodig van de bestaande richtlijnen voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck bij patiënten met lage rugpijn.

Deze herziening maakt onderdeel uit van de afspraken uit het Systeemadvies. De nauwe samenhang tussen fysiotherapie en oefentherapie was aanleiding voor het KNGF en de VvOCM om de KNGF-richtlijn uit 2013 en de VvOCM-richtlijn uit 2009 te herzien tot één gezamenlijke richtlijn.

Doel van de richtlijn

Deze richtlijn beoogt een leidraad te zijn voor de dagelijkse praktijk van fysiotherapeutische en oefentherapeutische diagnostiek en behandeling van patiënten met lage rugpijn. Met een systematische evaluatie van wetenschappelijk onderzoek en weging van patiëntvoorkeuren en professionele expertise, ondersteunt de 'KNGF-richtlijn Lage rugpijn' therapeuten en patiënten in de klinische besluitvorming en biedt de richtlijn tevens transparantie naar andere zorgverleners en betrokken partijen.

Aanbevelingen in een richtlijn zijn geen wetten of dwingende voorschriften. In principe wordt een therapeut geacht zich aan de richtlijn te houden, maar beargumenteerd afwijken is legitiem of zelfs noodzakelijk indien dit past bij de situatie en wensen van een individuele patiënt.

Doelgroep

Binnen de richtlijn wordt gesproken over lage rugpijn en over het lumbosacraal radiculair syndroom (LRS).

Met lage rugpijn wordt bedoeld: rugpijn die zich bevindt tussen de onderste ribben en bilplooien. De lage rugpijn kan vergezeld gaan met uitstraling naar een of beide billen en/of benen.

Met het LRS wordt bedoeld: pijn in de bil en/of in het been uitstralende pijn, vergezeld van een of meerdere klachten of symptomen die suggestief zijn voor een aandoening van een specifieke lumbosacrale zenuwwortel, zoals prikkelingsverschijnselen (paresthesieën) en neurologische uitvalsverschijnselen (hypesthesie/hypalgesie, parese, verlaagde reflexen).

Daar waar 'lage rugpijn' staat wordt zowel lage rugpijn als LRS bedoeld, zonder kenmerken die kunnen wijzen op een onderliggende ernstige pathologie. Indien voor patiënten met LRS afwijkende of aanvullende aanbevelingen gelden, zijn deze beschreven in een aparte paragraaf.

De huidige richtlijn geldt voor patiënten met een eerste of een recidiefepisode van lage rugpijn en beslaat alle fasen van rugpijn: acuut (0-6 weken), subacuut (6-12 weken) en chronisch (> 12 weken).

Deze richtlijn geldt niet als sprake is van:

- een zeldzame ernstige oorzaak van de lage rugpijn of LRS (zie [B.1.3 'Rode vlaggen'](#)) zoals:
 - ontstekingen (bijv. spondylitis ankylopoetica, aandoeningen van organen);
 - ernstige wervelkolompathologie (bijv. maligniteiten, infecties, wervelfracturen);
 - ernstige neurologische verschijnselen als gevolg van spondylolysis, spondylolisthesis, foraminale of kanaalstenose;
- een LRS plus ernstige motorische uitval ('Medical Research Council' (MRC)-score ≤ 3 uit 5), en/of ernstige pijn (NPRS ≥ 8);
- een leeftijd van 16 jaar of jonger;
- zwangerschapsgerelateerde lage rug en/of bekkenpijn;
- coccygodynie (stuitpijn);
- lage rug en/of bekkenpijn op basis van viscerale problematiek;
- klachten die direct gerelateerd kunnen worden aan een operatieve ingreep aan de lage rug in de afgelopen 12 maanden.

Beoogde gebruikers van de richtlijn

Deze richtlijn is primair gericht op fysiotherapeuten en oefentherapeuten die patiënten met gezondheidsproblemen als gevolg van lage rugpijn behandelen, ongeacht de setting (eerstelijnspraktijk, een ziekenhuis of een revalidatie-instelling; mono- of multidisciplinaire setting). De richtlijn is ook relevant voor andere zorgverleners die betrokken zijn bij de begeleiding en behandeling van patiënten met lage rugpijn, zoals huisartsen, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, psychologen, neurologen, orthopedisch chirurgen, neurochirurgen, revalidatieartsen, sportartsen, anesthesioloog-pijnspecialisten, alsmede voor patiënten, beleidsmakers en andere organisaties die betrokken zijn in de zorg voor patiënten met lage rugpijn.

Leeswijzer

De informatie in de richtlijn is inhoudelijk toegekend aan Deel [A 'Algemeen'](#), Deel [B 'Diagnostisch proces'](#) en Deel [C 'Therapeutisch proces'](#). De algemene informatie in deel A omvat de algemene inleiding, achtergrondinformatie over de aandoening lage rugpijn en informatie over de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd. In het Diagnostisch proces en het Therapeutisch proces staat het methodisch handelen beschreven. De verschillende onderwerpen binnen een deel vormen afzonderlijke op zichzelf staande modules. In elke module is de informatie vervolgens verdeeld over drie lagen, waarbij met elke laag het desbetreffende onderwerp verder is uitgediept:

- De praktische handvatten, de aanbevelingen, zijn opgenomen in de Praktijkrichtlijn (de eerste laag).
- De informatie over het onderwerp dat aan de orde is, en de afweging van de belangrijkste argumenten die leiden tot de aanbeveling dan wel omschrijving staan in de toelichting, ofwel de noten (de tweede laag).
- De details over de wijze waarop deze informatie is vergaard (o.a. zoekstrategie, samenvatting van resultaten, beoordeling van bewijskracht en beschrijving van overwegingen), het proces waarmee deze afweging tot stand is gekomen en de referenties van de gebruikte (wetenschappelijke) literatuur, staan in de Verantwoording (de derde laag).

Waar 'hij' geschreven staat, kan ook 'zij' gelezen worden.

Methodiek

De ontwikkeling van deze richtlijn heeft plaatsgevonden conform de '[KNGF Richtlijnenmethodiek 2019](#)'. De wijze waarop deze methodiek toegepast is en de wijze waarop belanghebbenden betrokken zijn bij de ontwikkeling, zijn beschreven in de verantwoording van deze module.

Definities en begrippen

In [Noot A.1](#) zijn de belangrijkste definities en begrippen omschreven die in deze richtlijn aan de orde komen.

A.2 Achtergrond lage rugpijn en LRS

A.2.1 Epidemiologie, pathofysiologie en comorbiditeit

Epidemiologie

Lage rugpijn komt voor in alle leeftijdsgroepen. De prevalentie van lage rugpijn is het hoogst in de populatie 40- tot 80-jarigen. Geschat wordt dat jaarlijks 1,4 tot 20% van de volwassenen in hoge- inkomenslanden lage rugpijn heeft en dat 50-80% van de volwassenen in hun leven een of meerdere keren een episode met lage rugpijn doormaakt. In de Nederlandse huisartsenpraktijk deden zich in 2017 iets minder dan 900.000 nieuwe gevallen van lage rugpijn voor. De verhouding mannen:vrouwen was 45:55. In 30% van de gevallen betrof het uitstralende pijn. Het werkelijk aantal nieuwe gevallen van lage rugpijn ligt hoger, omdat een deel van de patiënten niet gezien wordt door de huisarts; ze gaan rechtstreeks naar een andere zorgverlener of maken geen gebruik van de zorg. Er zijn geen exacte data bekend over aantallen patiënten met lage rugpijn in de fysiotherapeutische en oefentherapeutische praktijk in Nederland.

Ieder jaar heeft ongeveer 1 tot 5% van de volwassenen last van een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS).

Pathofysiologie

Lage rugpijn en de bijbehorende beperkingen kunnen in veel gevallen worden beschouwd als een multifactorieel probleem, waarbij biologische, psychologische, sociale factoren, comorbiditeit en pijnprocessen een rol spelen en elkaar beïnvloeden. Een duidelijke pathofysiologische oorzaak is meestal niet aantoonbaar. Ernstige oorzaken zoals fracturen en ontstekingen worden slechts gevonden bij minder dan 1% van de mensen die met rugpijn de eerstelijns gezondheidszorg bezoekt. Bij een LRS is meestal sprake van een hernia nucleii pulposi (HNP), in de meeste gevallen in de lumbale wervelkolom op niveau L4-L5 of L5-S1.

Comorbiditeit

Bij mensen met lage rugpijn komen bepaalde aandoeningen vaker voor dan bij mensen zonder lage rugpijn. Dit betreft onder andere astma, diabetes, hoofdpijn, osteoarthritis, osteoporose en cardiovasculaire problematiek. Ook bekkenbodempromatiek komt vaak voor bij patiënten met lage rugpijn.

Comorbiditeit leidt tot een verhoogd zorggebruik en heeft een nadelig effect op de prognose van lage rugpijn. Over de precieze aard van de relaties tussen comorbiditeit en lage rugpijn bestaat nog veel onduidelijkheid.

A.2.2 Maatschappelijke impact

Lage rugpijn is nationaal en internationaal een van de belangrijkste oorzaken van beperkingen in het dagelijks leven. De vele beperkingen bij een minderheid van de mensen met lage rugpijn in combinatie met het veelvuldig vóórkomen van de lage rugpijn zorgt voor een zeer grote maatschappelijke impact. De medische kosten van de zorg voor nek- en rugklachten bedroegen 937 miljoen euro in 2017. Dat komt overeen met 14% van de totale zorgkosten die gemaakt werden voor ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel en 1,07% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Van de zorguitgaven voor nek- en rugklachten werd 62% besteed aan ziekenhuiszorg, 12% aan eerstelijnszorg, en 11% aan overige aanbieders. Vergelijkbare cijfers voor niet-medische kosten (zoals werkverzuim of productiviteitsverlies) zijn niet beschikbaar, maar de verhouding tussen medische en niet-medische kosten wordt geschat op 12% voor medische en 88% voor niet-medische kosten.

A.2.3 Klinisch beeld en beloop

- Lage rugpijn is voor veel mensen een dynamische conditie waarbij episoden van weinig tot geen rugpijn worden afgewisseld met episoden van matige tot ernstige rugpijn.
- Een episode van lage rugpijn kan sluipend beginnen of acuut.
- Na één maand is ongeveer een kwart en na drie maanden ongeveer de helft van de mensen volledig hersteld op pijn en fysiek functioneren. Na drie maanden verloopt het herstel langzamer en een deel van de patiënten heeft na 12 maanden nog steeds klachten.
- Het aandeel mensen dat na één maand (weer) werkt is ongeveer 70% en na drie maanden 90%.
- Eén tot twee op de drie mensen maakt kans op een recidief binnen één jaar na herstel van een eerdere episode.
- Het beloop van lage rugpijn is minder gunstig indien de lage rugpijn gepaard gaat met pijn in het been.
- LRS is in de praktijk niet altijd eenvoudig te onderscheiden van gerefereerde pijn in het been (uitstralende pijn afkomstig van gewrichten, ligamenten, disci etc. zonder compressie of irritatie van de lumbosacrale zenuwen). Het typische beeld van een LRS is een heftige schietende, scherpe pijn, waarbij de distributie van pijn en/of paresthesieën langs een specifiek dermatoom verlopen. De pijn is vaak erger in het been dan in de rug en kan toenemen bij drukverhogende momenten. Gerefereerde pijn in het been wordt over het algemeen aangegeven als diffuse pijn, straalt niet uit onder de knie en is minder intens dan de lage rugpijn.
- Er bestaan nog veel onzekerheden over het beloop bij een LRS.

A.2.4 Etiologische en prognostische factoren

Etiologische factoren

Factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van lage rugpijn en LRS of het optreden van een nieuwe episode van lage rugpijn of LRS, zijn opgenomen in het volgende overzicht.

Etiologische factoren die mogelijk bijdragen aan het ontstaan van lage rugpijn en LRS zijn:

- Aan rugpijn gerelateerde factoren
 - eerdere episoden van lage rugpijn
- Patiëntgerelateerde factoren
 - overgewicht en obesitas
 - roken
 - comorbiditeit
- Psychosociale factoren
 - depressie
- Werkgerelateerde factoren
 - hoge fysieke belasting tijdens werk
 - hoge mentale belasting tijdens werk
 - weinig sociale ondersteuning op het werk
 - weinig mogelijkheden om werkzaamheden zelf in te vullen
 - weinig zekerheid voor het behouden van de baan
 - zeer monotone arbeid

Aanbeveling

Inventariseer de etiologische factoren tijdens de anamnese (zie [B.1.1 'Anamnese'](#)). Deze factoren kunnen een rol spelen bij het ontstaan van (een eerste keer of terugkerende) lage rugpijn. De verkregen informatie wordt gebruikt om gerichte voorlichting en advies te geven over het ontstaan van de klachten (zie [C.1 'Voorlichting en \(pijn\)educatie'](#)).

Prognostische factoren voor aanhoudende klachten

Factoren die de prognose (het beloop van de klachten) beïnvloeden, worden prognostische factoren genoemd. In het volgende overzicht staan de prognostische factoren die geassocieerd zijn met aanhoudende lage rugpijn en LRS.

Prognostische factoren die geassocieerd zijn met aanhoudende lage rugpijn en LRS

Aan rugpijn gerelateerde factoren

- eerdere episoden van lage rugpijn
- hoge mate van beperkingen in activiteiten
- pijn in het been
- hoge intensiteit van de pijn

Patiëntgerelateerde factoren

- slechte algemene gezondheidstoestand of kwaliteit van leven

Psychosociale factoren

- psychologische en psychosociale stress*
- pijngerelateerde bewegingsangst
- depressieve gevoelens of klachten
- passieve copingstijl
- negatieve verwachtingen over herstel of catastrofen

Werkgerelateerde factoren

- hoge fysieke belasting tijdens werk
- slechte relaties met collega's
- verminderde tevredenheid met werk

* Stress zonder de aanwezigheid van een specifieke psychologische en psychiatrische diagnose.

Aanbevelingen

Inventariseer de prognostische factoren voor aanhoudende lage rugklachten en LRS die in het overzicht staan vermeld. Hoewel het onzeker is in welke mate de prognostische factoren het risico op aanhoudende lage rugklachten en LRS voorspellen, is het aannemelijk dat een dominant aanwezige factor of een combinatie van prognostische factoren, de kans op herstel belemmert.

Overweeg bij het in kaart brengen van de prognostische factoren gebruik te maken van de aanbevolen en optionele meetinstrumenten (zie [B.3 'Meetinstrumenten'](#)). Voor de meeste meetinstrumenten zijn geen strikte afkapwaarden beschikbaar en wordt het gebruik van strikte afkapwaarden dan ook niet aanbevolen.

A.3 Organisatie van zorg

Stapsgewijze benadering

Voor de organisatie van zorg wordt de stapsgewijze benadering aangehouden zoals beschreven in de 'Zorgstandaard Chronische pijn'. Het instapniveau wordt ingeschat op basis van de ernst van de klachten, de mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving en de ervaringen van de patiënt met eerdere behandelingen.

De fasen van de stapsgewijze benadering zijn:

- **Stap 1** Preventie
- **Stap 2** Monodisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn
- **Stap 3** Multidisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn in nauwe samenwerking met de tweede lijn
- **Stap 4** Multidisciplinaire behandeling in de tweede of derde lijn.

Preventie (stap 1)

Preventie is in het kader van deze richtlijn gericht op mensen met beginnende rugklachten, met als doel te voorkomen dat deze klachten verergeren. Preventie is ook gericht op mensen met lage rugklachten om te voorkomen dat deze klachten leiden tot complicaties, beperkingen of een verminderde kwaliteit van leven.

Monodisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn (stap 2)

De diagnostiek en behandeling van de patiënt met lage rugpijn vindt voornamelijk plaats in de eerstelijns gezondheidszorg. De huisarts speelt hierin een belangrijke rol als diagnosticus en verwijzer. De fysio- en oefentherapeut behandelen patiënten via directe toegankelijkheid of op verwijzing van de huisarts of een medisch specialist.

Multidisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn in nauwe samenwerking met de tweede lijn (stap 3)

Bij langdurige lage rugproblematiek met een matige impact op het niveau van fysieke activiteit, waarbij monodisciplinaire diagnostiek en behandeling onvoldoende vermindering van de klachten heeft opgeleverd, wordt bij voorkeur opgeschaald naar stap 3. Multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn, eventueel in nauwe samenwerking met de tweede lijn, bestaat uit behandeling door

meerdere disciplines. Een dergelijk multidisciplinair team biedt adequate biopsychosociale zorg waarvan, behalve de huisarts, verschillende (para)medici, bijvoorbeeld ook een psycholoog en/of psychiater en een pijnconsulent deel kunnen uitmaken. Bij multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn in samenwerking met de tweede lijn, is het van belang dat er afstemming plaatsvindt tussen de verschillende disciplines en dat er één centraal aanspreekpunt is voor patiënten en de betrokken (para)medici.

Er bestaat binnen het huidige zorglandschap van patiënten met lage rugpijn geen consensus over wie de multidisciplinaire samenwerking organiseert of wie de zorg coördineert. Deze consensus is nodig om invulling te kunnen geven aan de organisatie en coördinatie van de multidisciplinaire samenwerking. De fysio- of oefentherapeut dient in ieder geval op lokaal of regionaal niveau in overleg te gaan over hoe multidisciplinaire samenwerking is of kan worden georganiseerd. Binnen deze multidisciplinaire samenwerking wordt tevens besproken wie de multidisciplinaire samenwerking coördineert en tevens aanspreekpunt is.

Multidisciplinaire behandeling in de tweede of derde lijn (stap 4)

Complexe problematiek met een ernstige of zeer ernstige impact op het niveau van fysieke activiteit en/of een grote lijdensdruk en onvoldoende vermindering van de klachten in de eerste lijn, vraagt om multidisciplinaire diagnostiek en behandeling in de tweede of derde lijn. Hiernaar kan de patiënt worden verwezen door de huisarts. In de 'Zorgstandaard Chronische Pijn' staan voorbeelden van hoe zo'n team er uit kan zien.

Onder complexe problemen wordt verstaan: langdurig (> 12 weken) arbeidsverzuim, meerdere, tegelijkertijd optredende gezondheidsproblemen (comorbiditeit), een hoge ziektelast, ernstige en onhoudbare pijn en de aanwezigheid van dominante herstelbelemmerende psychosociale factoren. Tweede- of derdelijnszorg is alleen zinvol indien de patiënt intrinsiek gemotiveerd is de klachten vanuit een biopsychosociaal perspectief te beschouwen en herstelbelemmerend gedrag te veranderen.

Samenwerking

Bij lage rugpijn spelen meerdere factoren een rol. Behandeling van patiënten met lage rugpijn vraagt dan ook om afstemming tussen en samenwerking met een groot aantal betrokken (para)medici, waaronder verbijzonderde fysio- en oefentherapeuten en fysio- of oefentherapeuten met een aantekening. Om een goede samenwerking te kunnen bewerkstelligen, is het belangrijk dat de betrokken (para)medici kennis hebben van elkaars positie, rol en (toegevoegde) waarde. Deze kennis beperkt zich niet alleen tot de eigen professie.

Het is van belang dat de fysio- en oefentherapeut kennis heeft van en inzicht heeft in de expertise van zowel de bij de behandeling van lage rugpijn betrokken (para)medici als de verbijzonderde fysio- en oefentherapeuten en fysiotherapeuten met een aantekening. Vanuit deze kennis en dit inzicht beoordeelt de fysio- en oefentherapeut of hij/zij zich bekwaam en bevoegd acht om een individuele patiënt fysio- of oefentherapeutische zorg te bieden. Is dit niet het geval, dan volgt (terug)verwijzing naar de huisarts of krijgt de patiënt het advies contact op te nemen met een collega met een verbijzondering of een aantekening.

Fysio- en oefentherapeutische verbijzonderingen die zich in belangrijke mate op de behandeling van patiënten met lage rugpijn richten zijn: manuele therapie, psychosomatische fysio- en oefentherapie, bekkenfysio- en oefentherapie, sportfysiotherapie, bedrijfs- en arbeidsfysiotherapie en geriatriefysio- en oefentherapie. Een beschrijving van de expertise van deze paramedici is opgenomen in [Noot A.3](#).

Aanbevelingen

Vergaar kennis van en inzicht in de expertise van de bij lage rugpijn betrokken (para)medici, waaronder de verbijzonderde fysio- en oefentherapeuten en fysio- en oefentherapeuten met een aantekening.

Stem met de betrokken (para)medici af op welke wijze multidisciplinaire samenwerking voor patiënten met lage rugpijn op lokaal of regionaal niveau wordt georganiseerd.

Overleg onderling wie de multidisciplinaire samenwerking coördineert en tevens het aanspreekpunt is voor patiënten en betrokken (para)medici.

B Diagnostisch proces

B.1 Anamnese, lichamelijk onderzoek en rode vlaggen

B.1.1 Anamnese

Het doel van de anamnese is de aan lage rugpijn en LRS gerelateerde gezondheidsproblemen te inventariseren middels een vraagsprek. Ook het opvragen van additionele verwijsgegevens behoort tot de anamnese.

Geïnterviewd worden in ieder geval de hulpvraag, rode vlaggen (zie [B.1.3 'Rode vlaggen'](#)) en etiologische en prognostische factoren (zie [A.2.4 'Etiologische en prognostische factoren'](#)). Op basis van de vergaarde informatie voert de fysio- of oefentherapeut gericht lichamelijk onderzoek uit en wordt bepaald of er een indicatie is voor therapie. Vervolgens worden aangrijpingspunten voor de behandeling in kaart gebracht.

Een overzicht van de relevante onderwerpen die aan bod kunnen komen in de anamnese, staat in het volgende overzicht.

Overzicht van relevante onderwerpen die aan bod kunnen komen in de anamnese zijn:

Centraal

└─ hulpvraag van de patiënt

Functies en anatomische eigenschappen

└─ duur, wijze van ontstaan en beloop van de klachten
 └─ lokalisatie, intensiteit en aard van de pijn
 └─ continue of intermitterende pijn
 └─ aanwezigheid en lokalisatie van uitstraling pijn naar één of beide billen en/of benen
 └─ invloed van rust, slaap, en (specifieke) bewegingen en houdingen op de klachten
 └─ invloed van drukverhogende momenten, zoals hoesten, niezen en persen, op de pijn in het been
 └─ eerdere rugklachten (duur, wijze van ontstaan, beloop, lokalisatie pijn, etc.)
 └─ krachtverlies, sensibiliteitsstoornissen
 └─ mictie-/defecatieklachten

Activiteiten en participatie

- mate van belemmering in het dagelijks functioneren thuis, op het werk, op school en in de vrije tijd (hobby's en lichaamsbeweging)
- aanwezigheid van comorbiditeit en daaraan gerelateerde ervaren beperkingen in activiteiten en participatie (aangevuld met verwijsgegevens)
- balans tussen belasting en belastbaarheid
- seksuele klachten

Externe factoren

- thuissituatie (financieel, gezinssituatie, etc.)
- sociaal netwerk en ondersteuning (partner, familie, vrienden, werk)
- situatie met betrekking tot werk (wel/geen betaald werk, relatie met collega's, financiële compensatie, tevredenheid met werk, zekerheden voor het behouden van de baan, sociale ondersteuning op het werk, mogelijkheden om werkzaamheden zelf in te vullen, fysieke en mentale belasting tijdens werk).

Persoonlijke factoren

- algehele malaise, onverklaard gewichtsverlies, koorts, nachtzweeten
- algemene gezondheidstoestand (roken, body mass index (BMI), hanteren beweegnorm, etc.)
- medische voorgeschiedenis en huidige status: maligniteit in de voorgeschiedenis, (positieve) therapieën, specialisten, beeldvormend onderzoek, medische diagnoses, operaties, medicatie, letselsschadeprocedure, etc.
- mate van psychologische en psychosociale stress, pijngerelateerde bewegingsangst, depressieve gevoelens of klachten en catastroferen
- ideeën en verwachtingen over het ontstaan en voortbestaan van de klachten
- zorgen, specifieke vragen en verwachting ten aanzien van de therapie
- mate van bereidheid/motivatie/beheersingsstrategieën (zelfeffectiviteit, coping).

B.1.2 Lichamelijk onderzoek

Het doel van het lichamelijk onderzoek is om, in aansluiting op de anamnese, het aan lage rugpijn gerelateerde gezondheidsprobleem nader te onderzoeken.

Het lichamelijk onderzoek bestaat uit een inspectie en een bewegingsonderzoek. Indien vanuit de anamnese een ernstige aandoening wordt vermoed, kan indien dit relevant is, de patiënt hierop specifiek worden onderzocht. Een overzicht van relevante aspecten die aan bod kunnen komen in het lichamelijk onderzoek, staat in het volgende overzicht.

Overzicht van relevante aspecten die aan bod kunnen komen in het lichamelijk onderzoek zijn:

Inspectie

- beoordelen van het beweeggedrag
- bepalen van de lokalisatie van de klachten, zoals pijn en verminderde sensoriek
- beoordelen van de algemene statiek (stand van de wervelkolom, bekken en benen) en van de lumbale wervelkolom in het bijzonder





- inspecteren van de huid (zwellings, kleur, littekens, haargroei, vlekken, zweetsecretie)
- beoordelen van spieren of spiergroepen (symmetrie, contouren, omvang)
- beoordelen van het ademhalingspatroon
- onderzoek van de spiertonus en de triggerpoints
- onderzoek van de huid (verschuifbaarheid en oppakbaarheid)

Bewegingsonderzoek

- functioneel bewegingsonderzoek:
 - beoordelen van de uitvoering en de kwaliteit van bewegen tijdens activiteiten waarbij klachten worden aangegeven
 - beoordelen van het (trap)lopen, bukken, transfers, aan- en uitkleden en andere voor de patiënt relevante ADL-activiteiten
 - beoordelen van het gebruik van hulpmiddelen
- actief bewegingsonderzoek van de lumbale wervelkolom en het bekken:
 - beoordelen van de functie van de lumbale wervelkolom en het bekken, de spieren, de fascia en het zenuwstelsel op onder andere: mobiliteit, rekbaarheid, rekgevoeligheid, contractiegevoeligheid
 - beoordelen van de spierkracht
 - beoordelen van de neuromotorische controle (bijv. vloeiende of afwijkende/aberrante bewegingen), stabiliteit en evenwicht
 - onderzoek naar pijnprovocerende en -reducerende houdingen en bewegingen
- passief bewegingsonderzoek van de lumbale wervelkolom en het bekken:
 - beoordelen van de functie van de lumbale wervelkolom en het bekken, spieren, fascia, en zenuwstelsel op onder andere: mobiliteit, rekbaarheid, rekgevoeligheid, bewegingsweerstand en eindgevoel
- onderzoek van de biomechanisch en fysiologisch gerelateerde gewrichten van de lumbale wervelkolom en het bekken, namelijk de thoracale wervelkolom, en de heupen

Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS)

Als op basis van de anamnese een vermoeden bestaat op een LRS, voert de therapeut een neurologisch onderzoek uit. De tests binnen dit onderzoek staan in het volgende overzicht.

Neurologisch onderzoek bij het vermoeden op een LRS

- onderzoek van de pijnverdeling (wel/niet gebonden aan een dermatoom) en
- onderzoek van de vinger-vloer afstand bij vooroverbuigen met gestrekte knieën (positief bij een afstand > 25 cm), en
- de test van Lasègue, de gekruiste test van Lasègue of de omgekeerde test van Lasègue, plus
- onderzoek van de spierkracht (MRC-score van de kennerspieren), en
- onderzoek van de vitale en gnostische sensibiliteit (wel/niet gebonden aan een dermatoom) plus
- onderzoek van de reflexen (achillespees, kniepees, voetzool).

NB Zijn de symptomen suggestief voor een LRS, maar ontstaan de klachten alleen tijdens staan en lopen, wees dan ook bedacht op vasculaire claudicatio of neurogene claudicatio intermittens (het syndroom van Verbiest).

Aanbevelingen

Voer bij de patiënt met een vermoeden op een LRS, bijvoorbeeld bij symptomen onder de knie, een neurologisch onderzoek uit.

Wees bij de patiënt met een LRS alert op spoedindicaties, in de vorm van kenmerken van een ernstig neurologisch probleem (zie [B.1.3 'Rode vlaggen'](#)).

Verwijs de patiënt met een LRS en ernstige motorische uitval (MRC-score ≤ 3 uit 5), en/of ernstige pijn (NPRS ≥ 8) naar de huisarts. Controleer de overige patiënten met LRS na twee tot vier dagen en handel volgens de aanbevelingen in deze richtlijn.

Verwijs de patiënt met een LRS naar de huisarts wanneer er twijfel over bestaat of de medicatie voldoende hoog gedoseerd is.

B.1.3 Rode vlaggen

Het is belangrijk alert te zijn op kenmerken die kunnen wijzen op een onderliggende, zeldzame, ernstige pathologie, zoals kanker, een infectie, een trauma, een inflammatoire aandoening, of op ernstige neurologische problemen, zoals het cauda-equinasyndroom. Een enkel kenmerk hoeft niet direct op ernstige pathologie te wijzen; een combinatie van meerdere kenmerken vergroot de waarschijnlijkheid dat de klachten door een specifieke aandoening worden veroorzaakt (zie de volgende tabel).

Clusters van kenmerken die kunnen wijzen op een onderliggende, zeldzame ernstige pathologie, gebaseerd op de richtlijn van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Neurologisch noodgeval

- urineretentie, fecale of urine-incontinentie*, progressieve motorische zwakte of bewijs voor bilaterale zenuwwortelproblematiek (cauda-equinasyndroom)
- progressieve neurologische symptomen, zoals ernstige motorische uitval (MRC-score ≤ 3 uit 5) en gevoelsstoornissen die zijn opgetreden in minder dan 48 uur
- wijdverspreide neurologische symptomen (bijv. piramidale tekenen)

Fractuur

- ernstige lage rugpijn na een (hoogenergetisch) trauma
- ernstige lage rugpijn na een klein trauma of zonder dat de patiënt zich bewust is van een trauma, maar met een verhoogde kans op een fractuur, zoals bij osteoporose, langdurig corticosteroïdengebruik, hoge leeftijd, voorgeschiedenis van kanker en axiale spondylartritis

Infectie

- nachtzweeten
- rillingen en temperatuurverhoging
- intraveneus druggebruik
- immunodeficiëntie
- onverklaard gewichtsverlies
- bekend met voorgaande of samengaande systemische infectie of risico op infectie
- recente chirurgische ingreep
- urinaire- of huidinfectie (tuberculose, discitis, spinaal abces)

Actie:

Verwijs naar huisarts



**Tumor**

- recente klachten van rugpijn bij leeftijd < 18 jaar of > 55 jaar
- voorgeschiedenis van kanker
- onverklaard gewichtsverlies
- vermoeidheid
- ernstige nachtelijke pijn en nachtzweeten

Inflammatoire aandoening

- constante progressieve niet-mechanische pijn
- reageert goed op NSAID's
- rugpijn verbetert bij lichaamsbeweging, maar niet in rust
- familiale component
- ernstige nachtelijke pijn
- ochtendstijfheid > 30 minuten of 's nachts wakker worden bij jonge patiënten
- meer dan vijf jaar lage rugpijn (axiale spondylartritis)

Diversen

- toenemende postoperatieve pijn
- unilaterale piramidale tekenen

Actie:

Verwijs naar huisarts

* Urineretentie, fecale of urine-incontinentie kunnen ook wijzen op bekkenbodempromblematiek

Aanbevelingen

Beoordeel of er kenmerken zijn die kunnen wijzen op een onderliggende, zeldzame, ernstige pathologie, zoals weergegeven in de tabel.

Neem bij een vermoeden op ernstige pathologie of bij twijfel ('niet-pluisgevoel') altijd contact op met de huisarts of verwijzer.

B.2 Indicatiestelling en behandelprofielen

Bepaal op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek of er een indicatie is voor fysio- of oefentherapie.

Er is een indicatie om fysio- of oefentherapie te starten wanneer:

- een patiënt met lage rugpijn bij de fysio- of oefentherapeut komt met een hulpvraag die gerelateerd is aan beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of maatschappelijke participatie op basis van het bewegend functioneren, en
- de therapeut geen aanleiding ziet om (terug) te verwijzen naar de huisarts of de verwijzend specialist (zie [B.1.3 'Rode vlaggen'](#)).

Als de indicatie voor fysio- of oefentherapie is vastgesteld, wordt de patiënt ingedeeld in een behandelprofiel op basis van het risico op aanhoudende klachten.

Aanbevelingen

Evalueer het risico op aanhoudende klachten bij het eerste contact met de patiënt door te beoordelen of er prognostische factoren voor aanhoudende klachten bij lage rugpijn aanwezig zijn:

- aan rugpijn gerelateerde factoren: eerdere episoden van lage rugpijn, hoge mate van beperkingen in activiteiten, pijn in het been, hoge intensiteit van de pijn;
- patiëntgerelateerde factoren: slechte algemene gezondheidstoestand of kwaliteit van leven;
- psychosociale factoren: psychologische en psychosociale stress^a, pijngerelateerde bewegingsangst, depressieve gevoelens of klachten, passieve copingstijl, negatieve verwachtingen over herstel of catastroferen;
- werkgerelateerde factoren: hoge fysieke belasting tijdens werk, slechte relaties met collega's, verminderde tevredenheid met werk.

Vanuit de anamnese en het lichamelijk onderzoek kunnen ook andere (al dan niet aan rugpijn gerelateerde) prognostische factoren naar voren komen. Denk aan herstelbelemmerende (zoals pijn elders in het lichaam en verminderde belastbaarheid als gevolg van comorbiditeit) of juist herstelbevorderende prognostische factoren (zoals het voldoen aan de beweegnorm en een gezonde leefstijl).

Maak op basis van je evaluatie van het risico op aanhoudende klachten een keuze voor behandelprofiel 1, 2 of 3.

Behandelprofielen

Behandelprofiel 1: laag risico op aanhoudende klachten

Er zijn geen dominant aanwezige prognostische factoren voor vertraagd herstel. Beperk de behandeling tot maximaal drie sessies.

Behandelprofiel 2: middelmatig risico op aanhoudende lage rugklachten

Er zijn enkele niet dominant aanwezige prognostische factoren voor vertraagd herstel.

Behandelprofiel 3: Hoog risico op aanhoudende lage rugklachten

Er zijn dominant aanwezige prognostische factoren voor vertraagd herstel.

Wel/niet dominant: Maak een inschatting of en in welke mate de factor bijdraagt aan het in stand houden van de pijn en/of de beperkingen in fysiek functioneren. Er is sprake van dominante aanwezigheid als de factor sterk bijdraagt aan het in stand houden van de pijn en/of beperkingen in fysiek functioneren.

NB Voor profiel 2 en 3 zijn er geen behandel aantallen vastgesteld, omdat er een grote variatie in klachtenverloop is.

Overweeg op basis van de behandelprofielen eenvoudiger en minder intensieve ondersteuning te bieden aan mensen die waarschijnlijk snel zullen herstellen, en meer complexe en intensievere ondersteuning te bieden aan mensen met een hoger risico op aanhoudende klachten.

^a Stress zonder de aanwezigheid van een specifieke psychologische psychiatrische diagnoses.

Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS)

Omdat bij een LRS vaak sprake is van een hoge mate van beperkingen in activiteiten, pijn in het been en hoge intensiteit van de pijn, hebben deze patiënten een grotere kans om ingedeeld te worden in profiel 3.

Herhaling van de evaluatie van het risico op aanhoudende klachten

Herhaal de evaluatie van het risico op aanhoudende klachten bij onvoldoende vermindering van de klachten^b.

Voer de herevaluatie ten minste uit bij:

- profiel 1 na drie weken;
- profiel 2 na drie en na zes weken;
- profiel 3 na zes weken en na 12 weken.

Herevaluatie bij profiel 1 en 2

- Overweeg bij onvoldoende vermindering van de klachten op basis van de herevaluatie het behandelprofiel (of de behandeling) aan te passen.
- Verwijs bij onvoldoende vermindering van de klachten de patiënt naar de huisarts indien de herevaluatie geen nieuwe inzichten oplevert en je niet verwacht dat een aanpassing van het behandelprofiel (of van de behandeling) afdoende is^b.

Herevaluatie bij profiel 3

- Neem contact op met de huisarts bij onvoldoende vermindering van de klachten na zes weken.
- Verwijs de patiënt naar de huisarts bij onvoldoende vermindering van de klachten na 12 weken, en overleg over de volgende fase van de stapsgewijze benadering: de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn in nauwe samenwerking met de tweede lijn (zie [A.3 'Organisatie van zorg'](#)).

Verwijs de patiënt met een LRS naar de huisarts bij een totale klachtenduur van zes tot acht weken bij onvoldoende afname van de pijn en/of uitvalsverschijnselen.

B.2.1 Classificatiesystemen

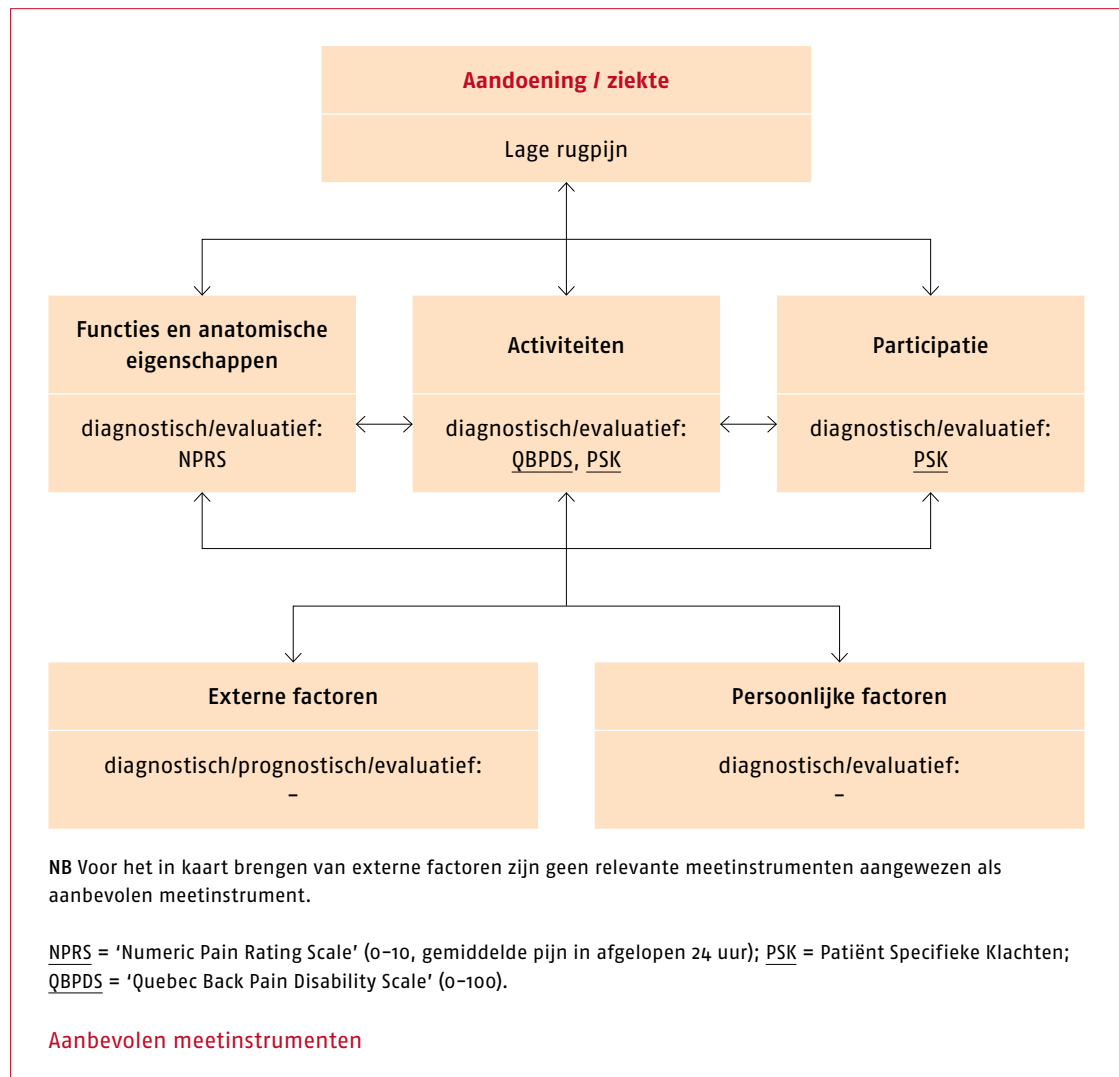
Overweeg de 'StarT Back Screening Tool' (SBST) te gebruiken om de evaluatie van het risico op aanhoudende klachten mee te ondersteunen (zie [B.2 'Indicatiestelling en behandelprofielen'](#)). Baseer de evaluatie van dit risico nooit uitsluitend op de SBST.

^b Of er sprake is van (on)voldoende vermindering van de klachten wordt beoordeeld door de patiënt, in overleg met de therapeut en kan eventueel worden ondersteund door meetinstrumenten (zie [B.3 'Meetinstrumenten'](#)).

B.3 Meetinstrumenten

Aanbevolen en optionele meetinstrumenten

Neem de aanbevolen meetinstrumenten (zie de figuur) af bij alle patiënten, tenzij er een aanleiding is om dit niet te doen.



De interpretatie en meetfrequentie van de aanbevolen meetinstrumenten staan in de volgende tabel.

Interpretatie en meetfrequentie van de aanbevolen meetinstrumenten

Parameter	Pijnintensiteit	Activiteiten / fysiek functioneren	Activiteiten en participatie in ADL
Meetinstrument	Numeric Pain Rating Scale (NPRS): gemiddelde pijn in de afgelopen 24 uur (0-10)	'Quebec Back Pain Disability Scale' QBPDS (0-100)	Patiënt Specifieke Klachten (PSK) (0-10)
Interpretatie	Een hogere score komt overeen met meer pijn.	Een hogere score komt overeen met meer beperkingen.	Een hogere score komt overeen met meer beperkingen.
Meetmomenten*	Intake, tussenevaluatie, afsluiting	Intake, tussenevaluatie, afsluiting	Intake, tussenevaluatie, afsluiting
Opmerkingen	Gem. score op baseline bij kortdurende klachten (0-6 weken): 5,2 (95%-BI 4,8 tot 5,7). Er zijn enige aanwijzingen dat een verbetering van \geq 30% ten opzichte van de uitgangswaarde beschouwd kan worden als een klinisch-relevante verbetering.	Gem. score op baseline bij kortdurende klachten (0-6 weken): 45 (95%-BI 42 tot 48). Er zijn enige aanwijzingen dat een verbetering van \geq 30% ten opzichte van de uitgangswaarde beschouwd kan worden als een klinisch-relevante verbetering.	

* Het moment waarop een tussenevaluatie plaatsvindt, is afhankelijk van het patiëntprofiel. Zie hiervoor B.2.1 'Indicatiestelling en behandelprofielen' en C.5 'Afsluiting van de behandeling'.

BI = betrouwbaarheidsinterval.

Neem de optionele meetinstrumenten enkel af wanneer er een aanleiding is om dit te doen.

De optionele meetinstrumenten staan beschreven in [Noot B.3](#).

Optionele meetinstrumenten kunnen om de volgende redenen worden afgenomen:

- er is aanleiding een parameter in kaart te brengen waarvoor geen van de aanbevolen meetinstrumenten geschikt is, of
- er is aanleiding om een parameter in kaart te brengen met een ander meetinstrument dan het hiervoor aanbevolen meetinstrument.

Op basis van de uitkomsten van de vragenlijsten kan ervoor gekozen worden een aanvullende (bewegings)analyse of functietest uit te voeren (bijvoorbeeld een analyse van het looppatroon indien er bij de vragenlijst beperkingen in het lopen zijn aangegeven).

C Therapeutisch proces

In dit gedeelte van de richtlijn zijn de aanbevelingen opgenomen die betrekking hebben op het therapeutisch proces bij patiënten met lage rugpijn en LRS.

C.1 Voorlichting en (pijn)educatie

De vorm van de voorlichting

- Verwijs naar de [patiënteninformatie](#) die is opgesteld op basis van deze richtlijn.
- Verwijs naar thuisarts.nl voor informatie over de huisartsgeneeskundige zorg van lage rugpijn.
- Integreer het geven van voorlichting en educatie als onderdeel van de therapie. De voorlichting vindt zodoende plaats in het voortraject, tijdens de behandeling en in de nazorg.
- Voorzie de patiënt van duidelijke, consistente en gepersonaliseerde informatie en communiceer met empathie in heldere, begrijpelijke taal.
- Vermijd taal die angst voor pijn en catastrofaal denken bevordert, zoals termen als: letsel, degeneratie, of slijtage.
- Gebruik de term 'lage rugpijn' en vermijd de term 'aspecifiek'.

De inhoud van de voorlichting

Geef patiënten met lage rugpijn in behandelprofiel 1, 2 en 3 voorlichting over:

1. De aard en diagnose van de lage rugpijn

- Leg uit dat het vaak niet duidelijk is hoe lage rugpijn precies ontstaat en dat er vaak sprake is van een combinatie van factoren.
- Leg uit dat er bij veruit de meeste mensen met lage rugpijn geen aanwijzingen zijn voor een onderliggende, zeldzame aandoening.

2. Het beloop en de prognose van de lage rugpijn

- Leg uit dat lage rugpijn veel voorkomt en vaak terugkeert, waarbij de mate van de lage rugpijn per keer kan verschillen.
- Leg uit dat na drie maanden ongeveer de helft van de mensen pijnvrij is en het fysiek functioneren is hersteld.
- Leg uit dat actief blijven en bedrust beperken, eigen regie voor het herstel, actieve copingstrategieën, positieve emoties en een gezonde leefstijl factoren zijn die het herstel kunnen bevorderen.

3. Beïnvloedbare etiologische factoren (indien van toepassing)

- Leg uit dat een aantal etiologische factoren mogelijk bijdraagt aan het ontstaan van (de eerste keer of terugkerende) lage rugpijn (zie [A.2.4 'Etiologische en prognostische factoren'](#)), maar dat die etiologische factoren niet per definitie ook oorzakelijke factoren zijn.

4. Beïnvloedbare prognostische factoren (indien van toepassing)

Leg uit dat de aanwezigheid van prognostische factoren ervoor kunnen zorgen dat het herstel minder snel verloopt (zie [A.2.4 'Etiologische en prognostische factoren'](#)).

5. De diagnostiek

Leg uit dat de diagnostiek van lage rugpijn voornamelijk plaatsvindt in de eerstelijns gezondheidszorg, bij de huisarts en/of fysio- of oefentherapeut.

Leg aan patiënten die behoefte hebben aan informatie over beeldvormende diagnostiek (röntgenfoto of MRI) uit dat deze vorm van diagnostiek niet wordt aanbevolen bij patiënten met lage rugpijn zonder alarmsymptomen. Verwijs de patiënt naar thuisarts.nl voor meer informatie.

6. De behandelopties

Leg uit dat de behandeling van lage rugpijn voornamelijk plaatsvindt in de eerstelijns gezondheidszorg, bij de huisarts en/of fysio- of oefentherapeut.

Leg uit dat de behandeling zich richt op een actieve benadering. Informeer daarbij de patiënt over de adequate manier om met de pijn en de gevolgen van pijn om te gaan.

Overweeg in aanvulling op de voorlichting (pijn)educatie toe te passen bij patiënten in profiel 3, bijvoorbeeld indien er sprake is van irreële pijngerelateerde bewegingsangst en/of catastroferen.

Lumbosacraal radiculair syndroom

Pas de voorlichting voor patiënten met een LRS aan op het gebied van:

1. De aard van de klachten (zie [A.2.1 'Epidemiologie, pathofysiologie en comorbiditeit'](#))

Leg uit dat er bij een LRS sprake is van prikkeling van een zenuwwortel in de rug, meestal doordat een tussenwervelschijf uitpuilt en dat dit tot uitstralende pijn leidt, en soms ook tot gevoelsstoornissen en krachtverlies in het verzorgingsgebied van deze zenuw. Leg ook uit dat de uitpuilende tussenwervelschijf zich in de meeste gevallen vanzelf weer terugtrekt.

2. Het beloop en de prognose van LRS (zie [A.2.3 'Klinisch beeld en beloop'](#)).

Leg uit dat een LRS bij de meeste patiënten in belangrijke mate herstelt in de eerste drie maanden, zonder dat hier een operatieve ingreep voor nodig is.

3. De diagnostiek

Leg patiënten die behoefte hebben aan informatie over beeldvormende diagnostiek (röntgenfoto of MRI) uit dat de overweging of de patiënt hiervoor in aanmerking komt, wordt gemaakt door de huisarts in overleg met de medisch specialist. Leg uit dat een MRI is geïndiceerd indien er aanwijzingen zijn voor een zeldzame oorzaak van de rugklachten (rode vlaggen), of indien de klachten van een LRS dusdanig invaliderend zijn en/of langdurig aanwezig zijn dat een operatie of andere specialistische therapie overwogen wordt. Leg ook uit dat het aantonen van een HNP middels MRI heeft geen meerwaarde bij een conservatief beleid.

4. De behandelopties

- Leg uit dat er bij een LRS over het algemeen een conservatief beleid wordt gevoerd gedurende de eerste drie maanden.
- Adviseer in beweging te blijven en door te gaan met de dagelijkse activiteiten (inclusief werk) voor zover de klachten dit toelaten. Leg uit dat enkele dagen bedrust een optie is als bewegen een belangrijke verergering van de klachten veroorzaakt, maar dat bedrust niet bijdraagt aan een sneller herstel.
- Adviseer te bewegen op geleide van de pijn en adviseer de fysieke activiteit stapsgewijs uit te breiden. Houdt daarbij in gedachten dat bij een hoge reactiviteit toename van pijn hierbij voorkomen dient te worden. Hoge reactiviteit wordt gezien als: een lumbale flexie ROM van 0 tot 30 graden, constante pijn in het been, nachtelijke pijn, ochtendpijn of stijfheid die langer duurt dan 60 minuten en als kortdurend lopen niet leidt tot pijnvermindering. Middelmatige reactiviteit wordt gezien als aan intermitterende middelmatige pijn, waarbij kortdurend pijn toename (gedurende een dagdeel), als acceptabel wordt beschouwd.
- Leg uit dat als de klachten na zes tot acht weken onvoldoende zijn verbeterd, (terug)verwijzing volgt naar de (huis)arts om de behandelopties te bespreken: voortgezette conservatieve behandeling of overgaan tot operatieve behandeling. Had de patiënt een verwijzing via de tweede lijn, dan verwijst de fysiotherapeut de patiënt terug naar deze specialist (zie [A.3 'Organisatie van zorg'](#)).

Adviseer de patiënt met een LRS in de volgende gevallen direct contact op te nemen met de huisarts:

- bij een doof gevoel in het rijkbroekgebied;
- bij ongewild verlies van urine of ontlasting of juist niet kunnen plassen;
- bij toenemend verlies van spierkracht in de benen.

C.2 Oefentherapie

C.2.1 Oefentherapeutische interventies

Oefentherapie bij patiënten met profiel 1

Overweeg instructies voor zelfstandig uit te voeren oefentherapie bij patiënten met een laag risico op aanhoudende klachten.

Oefentherapie bij patiënten met profiel 2 en 3

Biedt oefentherapie aan bij patiënten met een middelmatig of een hoog risico op aanhoudende lage rugklachten.

Oefentherapie in groepsverband

Overweeg oefentherapie in groepsverband in aansluiting op een of meerdere individuele sessies, indien je als therapeut inschat dat oefentherapie in groepsverband leidt tot een sneller herstel.

Oefentherapie bij patiënten met het lumbosacraal radiculair syndroom

Overweeg oefentherapie bij een hulpvraag die gerelateerd is aan beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of maatschappelijke participatie op basis van het bewegend functioneren.

Richt je bij hoge reactiviteit op pijnvermindering. Bij middelmatige reactiviteit is pijntoename die kort duurt (een dagdeel) acceptabel.

Breid bij goede vooruitgang de activiteiten in 6 tot 12 weken uit tot op het oude niveau op basis van de frequentie, intensiteit en tijdsduur van de verschillende typen oefentherapie (zie [C.2.2 'Type en dosering van de oefentherapie'](#)). Bouw de oefentherapie op, op geleide van de pijn.

C.2.2 Type en dosering van de oefentherapie

Type

Stimuleer het hervatten of uitbreiden van activiteiten bij voorkeur stapsgewijs en tijdcontingent.

Richt de oefentherapie op de behoeften, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt zoals vastgesteld tijdens de anamnese en het lichamelijk onderzoek.

Integreer principes van gedragsverandering in de oefentherapie indien je hier tijdens het diagnostisch proces aanleiding toe vindt (zie [C.3 'Gedragsgeoriënteerde behandeling'](#)).

Overweeg functionele training door (onderdelen van) activiteiten waarin de patiënt beperkt is in de oefentherapie te integreren.

Overweeg oefentherapie ter verbetering van de spierkracht, het aerobe uithoudingsvermogen, de flexibiliteit en/of de neuromotorische controle van de wervelkolom alleen als je als therapeut een vermoeden hebt dat er een verband is tussen de vastgestelde functiestoornis en de klachten.

Pas de oefentherapie aan indien comorbiditeit het fysiek functioneren belemmert.

Dosering

Streef bij de uitvoering van de spierkrachttraining, oefentherapie ter verbetering van het aerobe uithoudingsvermogen en oefentherapie ter verbetering van de flexibiliteit naar de frequentie, intensiteit en tijdsduur zoals beschreven in de volgende tabel.

Frequentie, intensiteit en tijdsduur van de verschillende typen oefentherapie

Spierkracht

Frequentie	<ul style="list-style-type: none"> • 2-3 dagen per week training van een specifieke spiergroep. • Hanteer na een intensieve spierkrachttraining voor de getrainde spiergroep een herstelperiode van 48 uur.^a
Intensiteit	<ul style="list-style-type: none"> • Streef naar 60-70% van het 1RM.
Tijdsduur	<ul style="list-style-type: none"> • 2-4 sets van 8-12 herhalingen
Opmerking	<ul style="list-style-type: none"> • Hanteer 30-60 sec pauze tussen de sets. • Pas de intensiteit aan door het aantal sets, het aantal herhalingen en de pauze tussen de sets bij te stellen.





Aerob uithoudingsvermogen

Frequentie	<ul style="list-style-type: none"> Ten minste 5 dagen per week gematigde inspanning of ≥ 3 dagen per week zware inspanning of een combinatie van gematigde en zware inspanning $\geq 3-5$ dagen per week.^a
Intensiteit	<ul style="list-style-type: none"> Zware inspanning (60-90% van de HFmax) voor mensen die gewend zijn aan training van het aerobe uithoudingsvermogen. Pas de intensiteit aan naar gematigde inspanning (40-60% van de HFmax) voor mensen die niet gewend zijn aan training van het aerobe uithoudingsvermogen. Zorg voor een geleidelijke opbouw in de intensiteit gedurende het programma.
Tijdsduur	<ul style="list-style-type: none"> Ten minste 30 minuten per dag met een minimale duur van 10 minuten aaneengesloten bewegen.
Opmerking	<ul style="list-style-type: none"> Pas de intensiteit van de oefentherapie ter verbetering van het aerobe uithoudingsvermogen aan door de duur van de oefeningen, de duur van de sessie en de rustpauzes tussen de oefeningen bij te stellen.

Flexibiliteit

Frequentie	<ul style="list-style-type: none"> Bij voorkeur dagelijks, maar minimaal 2-3 dagen per week.
Intensiteit	<ul style="list-style-type: none"> Beweeg door tot je rek of een licht ongemak voelt.
Tijdsduur	<ul style="list-style-type: none"> Bijvoorbeeld 2-4 keer 10-30 seconden rekken.
Opmerking	<ul style="list-style-type: none"> Laat 8-10 minuten fysieke activiteit vooraf gaan aan de rekoefeningen.

^a Stem de opbouw af op de belastbaarheid van de patiënt. RM: repetition maximum.

HFmax = maximale hartfrequentie.

Omdat er onvoldoende kennis is over de optimale frequentie, tijdsduur en intensiteit van oefentherapie ter verbetering van de neuromotorische controle wordt aanbevolen deze factoren af te stemmen op de mogelijkheden van de patiënt, waarbij het accent ligt op de kwaliteit van bewegen zonder pijn toename.

Bouw, indien toelaatbaar, de begeleiding gedurende de behandelperiode af. Doe dit in overleg met de patiënt. Hierbij is het van belang dat de frequentie en de intensiteit van het oefenen niet afnemen; het accent verschuift naar zelfstandig oefenen en bewegen.

Houd bij de keuze voor de frequentie, intensiteit en tijdsduur van de oefentherapie rekening met een dosering die dusdanig haalbaar is voor de patiënt dat de oefentherapie kan worden volgehouden.

Informeer de patiënt over mogelijke reacties op de oefentherapie. Er is sprake van een acceptabele (gewenste) reactie bij draaglijke pijn, vermoeidheid of functieproblemen, die maximaal 24 uur aanhoudt na de oefentherapie en vervolgens afneemt. Er is sprake van een ongewenste reactie indien (nachtelijke) pijn, vermoeidheid en functieverlies na 24 uur toenemen.

Stel de duur van de oefentherapie voor aanvang van de behandeling vast in overleg met de patiënt, waarbij de hulpvraag en de behandeldoelen leidend zijn. Houdt hierbij onder andere rekening met de ernst en de duur van de klachten, comorbiditeit, de aanwezigheid van prognostische factoren en de mogelijkheid tot zelfmanagement van de patiënt.

Overweeg e-health (digitale zorg) om de patiënt te ondersteunen in het zelfstandig (blijven) uitvoeren van oefeningen en/of om de mate van begeleiding te verminderen.

C.3 Gedragsgeoriënteerde behandeling

Overweeg gedragsgeoriënteerde behandeling om de fysieke activiteit en participatie te optimaliseren bij patiënten met dominante (psychosociale) prognostische factoren (zie [A.2.4 'Etiologische en prognostische factoren'](#)). Onder gedragsgeoriënteerde behandeling wordt verstaan operante conditionering (bijvoorbeeld 'graded activity'), cognitieve gedragstherapie (bijvoorbeeld 'exposure in vivo') en respondente technieken (bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen). Onder gedragstherapeutische behandeling worden in deze richtlijn ook technieken geschaard die voortkomen uit de gedragstherapie of hiermee samenhangen. Denk aan technieken die aangrijpen op de relatie tussen cognities, emoties en gedrag, die tot doel hebben de coping met pijn te veranderen, 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT), mindfulness en gesprekstechnieken, zoals 'motivational interviewing'. Pijneducatie is een basaal onderdeel van 'graded activity en exposure in vivo' en is beschreven in [C.1 'Voorlichting en \(pijn\)educatie'](#). Richt je gedragsgeoriënteerde behandeling op het bevorderen van beweeggedrag met, of ondanks pijn.

Overweeg de gedragsgeoriënteerde behandeling te personaliseren door deze specifiek te richten op de psychosociale prognostische factoren, zoals beschreven in de volgende tabel.

Psychosociale prognostische factoren en bijpassende behandelstrategieën ('expert opinion')

Herstelbelemmerende factoren	Behandeling
pijngelateerde bewegingsangst, catastroferen (bijv. de verwachting van letsel bij bewegen)	exposure in vivo*
passieve coping stijl, catastroferen (bijv. hulpeloosheid/machteloosheid)	graded activity, cognitieve gedragstherapie (waaronder 'Acceptance and Commitment Therapy' [ACT]), motivational interviewing
psychologische en psychosociale stress (slecht kunnen ontspannen)	ontspanningstherapie
psychologische en psychosociale stress (medisch shoppen, controle willen houden, frustratie)	cognitieve gedragstherapie (waaronder 'Acceptance and Commitment Therapy'), motivational interviewing

* Exposure in vivo is alleen toepasbaar bij uitdagbare cognities; als je een bepaalde gedachte niet kunt uitdagen (bijvoorbeeld: "Ik ben bang om ooit in rolstoel terecht te komen" of "De pijn zal nooit weggaan"), dan is exposure in vivo niet mogelijk.

Bespreek de keuze van gedragsgeoriënteerde behandeling met de patiënt en sluit aan bij de behoeften, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt en bij de kennis en vaardigheden van jou als therapeut.

Voer alleen die vormen van gedragsgeoriënteerde behandeling uit waartoe je bekwaam en bevoegd bent.^c

C.4 Niet-oefentherapeutische interventies

C.4.1 Mobilisaties en manipulaties

Deze niet-oefentherapeutische interventie valt buiten het competentieprofiel van de oefentherapeut (Cesar/Mensendieck), tenzij de oefentherapeut de aanvullende competenties behaald heeft door middel van scholing.

Overweeg in profiel 2 en 3 mobilisaties^d en/of manipulaties^e uit te voeren bij patiënten met lage rugpijn in aanvulling op oefentherapie indien het probleem mechanisch verklaard kan worden vanuit stoornissen binnen het neuromusculoskeletaal systeem (bijvoorbeeld een verminderde regionale mobiliteit bij lumbale flexie of extensie).

Evalueer en analyseer de effecten van mobilisaties en/of manipulaties direct binnen de behandelsessie en bij aanvang van een volgende sessie. Wees alert op serieuze (zeldzame) nadelige effecten, zoals forse pijntoename, motorische uitval of fracturen.

Bespreek de keuze van mobilisatie of manipulatie met de patiënt en sluit aan bij de behoefte, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt en bij de kennis en vaardigheden van jezelf als therapeut. Besteed hierbij aandacht aan potentiële negatieve effecten en bespreek dit voorafgaand aan de behandeling met de patiënt.

Pas mobilisaties en manipulaties niet toe:

- als enkelvoudige interventie;
- indien je hiertoe niet bekwaam en bevoegd bent of je over onvoldoende kennis beschikt om de indicatiestelling en contra-indicaties te bepalen;
- bij patiënten in profiel 1.

Pas mobilisaties en manipulaties bij voorkeur niet toe bij patiënten met LRS.

^c De psychosomatisch fysio- en oefentherapeut heeft (onder andere) expertise in het toepassen van interventies bij patiënten met disfunctionele opvattingen over ziekte en/of ziektegedragingen en psychische stoornissen (zoals een depressie of angststoornis) met een negatieve invloed op het bewegend functioneren.

^d Onder mobilisaties worden verstaan passieve artrogene mobilisaties.

^e Onder manipulaties worden verstaan 'high-velocity-thrust'-technieken op synoviale gewrichten.

C.4.2 Massage

Deze niet-oefentherapeutische interventie valt buiten het competentieprofiel van de oefentherapeut (Cesar/Mensendieck), tenzij de oefentherapeut de aanvullende competenties behaald heeft door middel van scholing.

Pas massage niet toe:

- als enkelvoudige interventie, of
- bij patiënten die zich sterk afhankelijk opstellen van de therapeut, of
- bij patiënten die niet open staan voor een gesprek over actieve en/of gedragsgeoriënteerde behandeling, of
- bij patiënten in profiel 1, of
- bij patiënten met LRS.

Overweeg massage alleen toe te passen indien er sprake is van een verhoogde spierspanning van de musculatuur rondom de lumbale wervelkolom en het niet direct lukt om de patiënt zich te laten conformeren aan een actieve aanpak als gevolg van een sterke voorkeur voor massage of sterke verwachtingen of overtuigingen ten aanzien van massage.

Maar alleen:

- indien je als therapeut beoordeelt dat er een verband is tussen de verhoogde spierspanning en de klachten, en
- indien het verminderen van de verhoogde spierspanning nodig is om te komen tot een actieve benadering, en
- om bereidwilligheid ten aanzien van een actieve benadering te creëren en te komen tot bewegen en zelfredzaamheid van de patiënt, en
- als massage een onderdeel is van een bredere aanpak, dus in combinatie met actieve en/of gedragsgeoriënteerde behandeling, en
- de massage kortdurend is, en
- de patiënt is ingedeeld in profiel 2 of 3.

C.4.3 Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) en interferentie

Deze niet-oefentherapeutische interventie valt buiten het competentieprofiel van de oefentherapeut (Cesar/Mensendieck), tenzij de oefentherapeut de aanvullende competenties behaald heeft door middel van scholing.

Pas geen TENS toe bij patiënten met lage rugpijn of LRS.

Pas geen interferentie toe bij patiënten met lage rugpijn of LRS.

C.5 Afsluiting van de behandeling

Stopcriteria

Sluit de therapie (voortijdig):

- als er aan de hulpvraag van de patiënt is voldaan, en/of
- als de therapeutische behandeldoel(en) zijn bereikt, en/of
- als er bij evaluaties, zoals beschreven in [B.2 'Indicatiestelling en behandelprofielen'](#), geen of onvoldoende vermindering van de klachten is bereikt zonder duidelijke verklaring. Het gebruik van een meetinstrument ter evaluatie (zie [B.3 'Meetinstrumenten'](#)) kan hierbij ondersteunend zijn, echter niet leidend, en/of
- als de patiënt zelf voldoende in staat is om de geleerde vaardigheden in stand te houden of verder te verbeteren, en/of
- als de patiënt, ongeacht de klachten, niet gemotiveerd is om zelf verantwoordelijkheid te nemen van de klacht, en/of
- als er sprake is van een rode vlag of niet-pluisgevoel), en/of
- als de patiënt aangeeft te willen stoppen.

Nazorg

Stimuleer de patiënt om ook na de behandelperiode zelfstandig te blijven oefenen en bewegen. Plan hiervoor bijvoorbeeld een of enkele follow-upsessies in.

Herhaal de voorlichting over het nemen van eigen regie voor het herstel, actieve copingstrategieën, positieve emoties en een gezonde leefstijl en leg opnieuw uit dat deze het herstel kunnen bevorderen (zie [C.1 'Voorlichting en \(pijn\)educatie'](#)).

Herhaal voorlichting over welke beïnvloedbare factoren mogelijk kunnen bijdragen aan het optreden van een nieuwe episode van lage rugpijn (zie [A.2.4 'Etiologische en prognostische factoren'](#)).

Informatie-uitwisseling met de verwijzer

Stuur een rapportage naar de huisarts of verwijzer bij aanvang en bij afsluiting van de behandeling.

Stuur een tussentijdse update:

- als antwoord op het verzoek om informatie door de arts;
- als antwoord op een consultatie aanvraag van de arts.

Overweeg een tussentijdse update:

- bij een eerste contact met de patiënt bij verwijzing;
- als de paramedicus (meer) informatie nodig heeft van de huisarts;
- als de patiënt lang onder behandeling blijft of bij een afwijkend beloop: op gezette tijden rapportage over het ingezette traject.

Stel verslagen en eindrapportages op conform de vigerende 'Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-paramedicus (HASP-paramedicus)', de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering' en de 'Richtlijn Verslaglegging' van de VvOCM.

Toelichting

Noot A.1 Inleiding

In de Praktijkrichtlijn staan de aanleiding en het doel van deze richtlijnherziening beschreven. In dit onderdeel van de richtlijn zijn een toelichting op het '[Systeemadvies 2016](#)' en de belangrijkste begrippen in deze richtlijn opgenomen.

De 'KNGF-Richtlijn Lage rugpijn' is ontwikkeld volgens de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2019' (KNGF 2019). In de Verantwoording staat beschreven op welke wijze deze methodiek is toegepast voor deze specifieke richtlijn.

Systeemadvies

Zorginstituut Nederland (ZiN) heeft in 2016 het '[Systeemadvies 2016](#)' uitgebracht aan de minister van VWS om de aanspraken fysiotherapie en oefentherapie binnen de vergoedingenstructuur anders te gaan vastleggen (Zorginstituut Nederland 2016). Belangrijkste reden was dat de huidige aanspraken ertoe leiden dat patiënten/verzekerden uitwijken naar duurdere vormen van zorg die wel volledig worden vergoed. De minister heeft dit advies deels overgenomen en benadrukt dat met name moet worden geëxperimenteerd met aandoeningen waarbij de fysiotherapie en oefentherapie een grote kans op substitutie opleveren (dure zorg vervangen door goedkope zorg met vergelijkbare effectiviteit). In het kader van de uitvoering van het advies heeft ZiN prioriteiten bepaald. Lage rugpijn is een van die aandoeningen. In een rapport is vastgesteld dat er veel bewijs is voor effectiviteit van fysiotherapie en oefentherapie en dat er aanwijzingen zijn voor de mogelijkheid tot substitutie (Ecorys 2020).

Onderdeel van het advies van ZiN is ook dat er voor de betreffende aandoeningen richtlijnen moeten zijn die voldoen aan het Toetsingskader (Zorginstituut Nederland 2021b).

In het kader van het Systeemadvies is de ontwikkeling van deze richtlijn mede gefinancierd door het ministerie van VWS. De richtlijn is tevens gefinancierd door het KNGF en de VvOCM.

Doelgroep

De 'KNGF-richtlijn Lage rugpijn' dient gevolgd te worden bij patiënten met lage rugpijn als primaire klacht. Lage rugpijn wordt gedefinieerd als pijn die zich bevindt tussen de onderste ribben en bilplooien, eventueel met uitstraling in het been. De pijn kan continu aanwezig zijn of in episoden optreden en kan verergeren door bepaalde houdingen, bewegingen en het tillen of verplaatsen van lasten. Lage rugpijn kan gepaard gaan met uitstraling naar een of beide billen en/of benen. Indien de uitstraling een radiculair karakter heeft, spreekt men van een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS).

De huidige richtlijn geldt voor patiënten met alle vormen van lage rugpijn met óf zonder (radiculaire) uitstraling. Dit is overeenkomstig de meest recente internationale richtlijnen voor lage rugpijn, waaraan hoge methodologische kwaliteit is toegekend (De Campos 2017; Van Wambeke 2017). De huidige richtlijn geldt niet voor patiënten met radiculaire uitstraling die gepaard gaat met ernstige neurologische verschijnselen, zoals bij het cauda-equinasyndroom, of voor patiënten met neurologische symptomen, zoals ernstige motorische uitval ('Medical Research Council score' $\leq 3/5$). De huidige richtlijn geldt ook niet voor patiënten bij wie een zeldzame oorzaak van de rugklachten wordt vermoed, zoals een foraminale stenose, spondylolisthesis, wervelfractuur, wervelmetastase, epiduraal abces of hematoom of ontsteking van een zenuwwortel (radiculitis) door bijvoorbeeld

Borrelia burgdorferi of herpes zoster. Op deze aandoeningen wordt gescreend op basis van de rode vlaggen (zie [B.1.3 'Rode vlaggen'](#)). Bij verdenking op een ernstige zeldzame oorzaak wordt de patiënt verwezen naar de huisarts (Schaafstra 2015).

De huidige richtlijn geldt niet voor personen met lage rugpijn van 16 jaar of jonger, coccygodynie (stuitpijn), gerefereerde lage rug- of bekkenpijn die voortkomt uit viscerale problematiek, voor klachten die direct gerelateerd kunnen worden aan een operatieve ingreep en voor zwangerschapsgerelateerde rugpijn. Op laatstgenoemde klachten is de 'KNGF-richtlijn Zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn' van toepassing (KNGF 2009).

Aanpassingen ten opzichte van de vorige KNGF-richtlijn lage rugpijn

In de KNGF-richtlijn uit 2013 wordt onderscheid gemaakt tussen aspecifieke en specifieke lage rugpijn. Aspecifieke lage rugpijn wordt in de richtlijn uit 2013 gedefinieerd als rugpijn (eventueel met uitstraling in het been) waarvoor geen specifieke lichamelijke oorzaak op valide wijze kan worden aangetoond en specifieke lage rugpijn als lage rugpijn met een specifieke lichamelijke oorzaak die met aanvullende diagnostiek dient te worden vastgesteld, zoals hernia van een lumbale discus, (osteoporotische) wervelfracturen, maligniteit, spondylitis ankylopoetica, ernstige vormen van kanaalstenose of ernstige vormen van spondylolisthesis (KNGF 2013). Een LRS zou kunnen duiden op specifieke lage rugpijn en viel daarom buiten de KNGF-richtlijn uit 2013. Tijdens de knelpuntenanalyse voor de herziening van de KNGF-richtlijn uit 2013 die in 2018 plaatsvond, gaven fysio- en oefentherapeuten aan dat het bij uitstralende pijn vaak onduidelijk is of er sprake is van 'gerefereerde pijn' – waarbij behandeling van de patiënt binnen de richtlijn valt – of van radiculare klachten – waarbij de patiënt juist níet volgens de richtlijn behandeld zou kunnen worden. Ook werd aangegeven dat er behoefte was aan specifieke aanbevelingen over LRS, in lijn met de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de 'NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom' uit 2015. De NHG-Standaard beveelt huisartsen aan alert te zijn op een afwijkend beloop en op spoedverwijsindicaties bij patiënten met een LRS, maar dat er – indien mogelijk – kan worden volstaan met een conservatief beleid bestaande uit voorlichting, een activerende benadering en, op indicatie, oefentherapie of pijnmedicatie (Schaafstra 2015). De werkgroep is dan ook van mening dat patiënten met (radiculaire) uitstralende pijn naar het been bij wie verwijzing naar de huisarts niet noodzakelijk is, volgens de huidige richtlijn behandeld kunnen worden. Situaties waarin het wel noodzakelijk is patiënten met (radiculaire) uitstralende pijn naar het been naar de huisarts te verwijzen, worden in specifieke aanbevelingen beschreven.

Binnen de huidige richtlijn is ervoor gekozen om afwijkingen op beeldvormend onderzoek niet leidend te laten zijn voor het in- of uitsluiten van patiënten voor deze richtlijn, omdat de correlatie tussen afwijkingen op beeldvormend onderzoek en de ervaren klachten van de patiënt zwak is. Gewrichtsdegeneratie en discushernia's die zijn aangetoond met beeldvormingsonderzoeken worden vaak ook gezien bij mensen zonder symptomen, waardoor onduidelijk is wanneer kan worden gesproken over specifieke pijn (Brinjikji 2015). Bovendien is er bewijs dat, in een open populatie, degeneratieve afwijkingen op een MRI niet of nauwelijks relevant zijn om op grond daarvan, de mate van lage rugpijn in de toekomst te voorspellen (Kasch 2021).

Belangrijkste definities en begrippen

- **Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS).** Pijn in de bil en/of in een been uitstralende pijn, vergezeld van een of meerdere klachten of symptomen die suggestief zijn voor een aandoening van een specifieke lumbosacrale zenuwwortel, zoals prikkelingsverschijnselen (paresthesieën) en neurologische uitvalsverschijnselen (hypesthesie/hypalgesie, parese, verlaagde reflexen) (Schaafstra 2015).
- **Lumbale wervelkanaalstenose.** Vernauwingen van het lumbale wervelkanaal, meestal als gevolg van degeneratieve veranderingen van de benige en weke delen van de wervelkolom, welke tot compressie van een of meerdere zenuwwortels en de durale zak kan leiden (Schaafstra 2015).
- **Cauda-equinasyndroom.** (Uni- of bilaterale) motorische of sensibele uitval (rijbroekanesthesie), al dan niet in combinatie met hevige radiculare pijn, urineretentie, incontinentie voor urine en/of feces als gevolg van compressie van meerdere sacrale zenuwwortels (Schaafstra 2015).
- **Vasculaire claudicatio.** Inspanningsgebonden beenpijn van vasculaire origine. Kenmerkend is een krampachtige pijn of doof gevoel in de kuiten bij inspanning, maar mogelijk ook in de bovenbenen of billen die in rust binnen een aantal minuten verdwijnt. De klachten kunnen verergeren naar pijn in rust.
- **Neurogene claudicatio intermittens (syndroom van Verbiest).** Een aandoening ten gevolge van een vernauwing van het lumbale wervelkanaal (kanaalstenose), met als kenmerken uitstralende pijn, dove gevoelens en/of krachtverlies in een of beide benen en/of het rijbroekgebied, die optreden bij staan of lopen en verdwijnen bij zitten of vooroverbuigen (Schaafstra 2015).
- **Radiculaire pijn.** Lumbosacrale uitstralende pijn die verloopt via een of meerdere dermatomen. Op dit moment is er geen consensus over de juiste dermatoomkaart. Dit kan ook sensitisatie met uitbreiding van pijn in meerdere dermatomen betreffen (Nederlandse Vereniging voor Neurologie 2020).
- **Universele preventie.** Preventie die zich richt op de gezonde bevolking (of delen daarvan), die op actieve wijze de gezondheid van de bevolking bevordert en beschermt, zoals de maatregelen die zijn ingesteld om de kwaliteit van het drinkwater te bewaken en het Rijksvaccinatieprogramma.
- **Selectieve preventie.** Preventie die zich richt op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op ziekte om te voorkomen dat personen met een of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden, zoals de grieprik voor ouderen of het bevolkingsonderzoek naar borstkanker.
- **Geïndiceerde preventie.** Preventie die zich richt op mensen met beginnende klachten en die voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening, zoals een beweegprogramma voor mensen met lage rugklachten of een online groepscursus voor jongeren die last hebben van depressieve klachten.
- **Zorggerelateerde preventie.** Preventie die zich richt op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte, zoals een stoppen-met-roken-programma voor een patiënt met COPD, chronische bronchitis of longemfyseem of een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) voor een patiënt met obesitas.

Noot A.2.1 Epidemiologie, pathofysiologie en comorbiditeit**Epidemiologie**

Lage rugpijn komt veel voor, en heeft grote gevolgen voor de persoon met lage rugpijn en voor de maatschappij. Van aandoeningen die de grootste ziektelast veroorzaken, stonden wervelkolomklachten in 2015 in de Nederlandse bevolking op de achtste, en lage rugklachten in 2017 wereldwijd zelfs op de eerste plaats (Collaborators 2018). Lage rugpijn komt voor in alle leeftijdsgroepen, neemt toe bij het ouder worden en heeft de hoogste prevalentie tussen de 40 en 80 jaar (Hoy 2012). Studies rapporteren grote verschillen in incidentie- en prevalentiecijfers door verschillen in onderzochte populaties, gehanteerde meetmethoden en definities. In de hoge inkomenslanden wordt de eenjaarsprevalentie voor volwassenen geschat op 1,4 tot 20% en de life-timeprevalentie op 50 tot 80% (Fatoye 2019; Rubin 2007). De life-timeprevalentie voor jongeren tot 18 jaar ligt iets lager en wordt geschat tussen de 36 en 65% (Calvo-Munoz 2013). Hoy (2012) beschrijft dat de prevalentie van lage rugpijn daalt tussen de leeftijd van 80 en 89 jaar, maar mogelijk wordt die daling veroorzaakt doordat in die leeftijdscategorie zich meer andere problemen voordoen en er bij lage rugpijn sprake is van onderrapportage. In 2019 waren er in de Nederlandse huisartsenpraktijk iets minder dan 900.000 nieuwe gevallen van lage rugpijn met of zonder uitstraling, waarbij acute klachten steeds opnieuw werden meegeteld. De verdeling tussen mannen en vrouwen was 45 om 55% en de verdeling tussen geen en wel uitstralende pijn 70 om 30% (Volksgezondheidszorg). Het werkelijk aantal nieuwe gevallen ligt hoger, omdat een deel van de patiënten niet gezien wordt door de huisarts; ze gaan rechtstreeks naar een behandelaar of maken geen gebruik van de zorg. Zo bezoekt een groot deel van de patiënten de fysiotherapeut zonder tussenkomst van een huisarts of medisch specialist. In 2019 was het aandeel behandelingsperiodes van mensen die op eigen initiatief naar de fysiotherapeut gingen 72%, en dat was 4% hoger dan in 2018 (Van den Dool 2021). Patiënten met lage-rugproblematiek maakt een belangrijk deel uit van het totaal aantal patiënten dat zich meldt met gezondheidsproblemen in de fysio- en oefentherapiepraktijk. In 2019 werd 10,3% van de patiënten in de Nederlandse fysiotherapiepraktijk gecodeerd onder spier-, pees- en fasciaaandoeningen aan de lumbale en lumbosacrale wervelkolom, DCSPH-code 3426 en 3526 (Van den Dool 2021). Dit lijkt echter een onderschatting van het daadwerkelijke aantal patiënten met lage rugpijn in de fysiotherapiepraktijk, omdat de fysiotherapeut patiënten met lage rugpijn waarschijnlijk ook onder andere codes registreert, zoals DCSPH-code 3626 voor spier-, pees- en fasciaaandoeningen aan het sacrum en de SI-gewrichten.

De prevalentie van een LRS is flink lager dan de prevalentie van lage rugpijn. De eenjaarsprevalentie voor volwassenen wordt geschat op 1 tot 5% en de lifetimeprevalentie op 13 tot 40% (De Campos 2017). Spijker-Huiges vond een eenjaarsprevalentie van 1,7% in de Nederlandse huisartenspraktijk (Spijker-Huiges 2015). De incidentie van een LRS is sterker gerelateerd aan leeftijd dan lage rugpijn: de incidentie onder het 20e levensjaar is bijna nihil, is het hoogst op 40- tot 50-jarige leeftijd en neemt daarna weer af (De Campos 2017). De kans op een ernstige oorzaak van lage rugpijn, anders dan een LRS, is gering. In een groot observationeel cohort ($n = 1172$) in Australië van medewerkers uit de eerstelijns gezondheidszorg, was bij 0,9% van de mensen met acute lage rugpijn (< 2 weken) sprake van specifieke oorzaak, waaronder fracturen ($n = 8$), een cauda-equinasyndroom ($n = 1$) en ontstekingen ($n = 2$) (Henschke 2009).

Pathofysiologie

Veel verschillende structuren kunnen verantwoordelijk worden gehouden voor de oorzaak van lage rugpijn. Denk aan de lumbale discus, facetgewrichten, 'modic changes', lumbale spieren of zenuwen. Valide methoden om bepaalde structuren als bron van de pijn aan te wijzen, ontbreken echter en bij ongeveer 90% van de mensen met lage rugpijn is onderliggende pathologie niet aanwijsbaar (Henschke 2009; Premkumar 2018).

Pijn is een individuele gewaarwording en is complex. Zo kan pijn aanwezig zijn zonder aantoonbare afwijkingen en mensen kunnen aantoonbare afwijkingen hebben zonder pijn. Brinjikji, die 3110 asymptomatische personen onderzocht, vond discusdegeneratie op beeldvormend onderzoek bij 37% van de 20-jarigen en bij 96% van de 80-jarigen (Brinjikji 2015). 'Bulging discs' waren zichtbaar bij 30% van de 20-jarigen en 84% van de 80-jarigen, en discusprotrusies bij respectievelijk 29% en 43% (Brinjikji 2015). Kasch vond eveneens bij 3369 personen in een open populatie geen klinisch-relevante associaties tussen degeneratieve afwijkingen (individueel of in combinatie) en lage rugpijn (Kasch 2021).

Lage rugpijn wordt tegenwoordig beschouwd als een multidimensionale ervaring met somatosensorische, affectieve en cognitieve componenten. Zo is aangetoond dat er een relatie is tussen lage rugpijn en morfologische veranderingen in het brein en een verhoogde activiteit in de zogenoemde 'pijnmatrix' (Nijs 2017). Bij een deel van de patiënten met lage rugpijn is er sprake van centrale sensitatie ofwel nociplastische pijn (Nijs 2015). Nociplastische pijn omvat verstoorde pijnmodulerende processen in het centraal zenuwstelsel, waaronder insufficiëntie van neurale inhiberende systemen en verhoogde activiteit van pijnfaciliterende systemen (Nijs 2015, 2021). Behalve verstoorde pijnprocessen en biomechanische verstoringen spelen ook leefstijl, comorbiditeit, psychologische, sociale en genetische factoren een rol (O'Sullivan 2012; Vlaeyen 2018). De kennis van de factoren die geassocieerd zijn met het ontstaan van lage rugpijn en met de transitie van acute naar chronische lage rugpijn groeit. Desondanks blijkt een groot deel van de mechanismen die aan (chronische) lage rugpijn ten grondslag liggen tot op heden slecht begrepen, is het onduidelijk welke factoren oorzaak of gevolg zijn van de lage rugpijn en is de mate van herstel van de klachten slecht voorspelbaar (Hartvigsen 2018; Kent 2008). Lage rugpijn is voor de zorgverlener een multidimensionale uitdaging.

In een groot aantal gevallen is de radicaire pijn dominant over de lage rugpijn en een aantal patiënten ervaart alleen pijn in het been. In de meeste gevallen wordt een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) veroorzaakt door een lumbale hernia (Nederlandse Vereniging voor Neurologie 2020). In 90 tot 98% van de gevallen bevindt de hernia zich ter hoogte van L4-L5 of L5-S1 (Volksgezondheidszorg.info). Een gouden standaard voor het vaststellen van LRS ontbreekt echter en bij ongeveer een derde van de patiënten met de diagnose LRS is er geen wortelcompressie aantoonbaar op de MRI-scan (Nederlandse Vereniging voor Neurologie 2020).

Comorbiditeit

Comorbiditeit komt vaak voor bij patiënten met lage rugpijn (Von Korff 2005). Uit de verschillende studies komen aandoeningen naar voren als astma, diabetes, hoofdpijn, osteoartritis, osteoporose, en cardiovasculaire problematiek (Beales 2012; Chou 2013; De Luca 2017; Ferreira 2013; Gore 2012; Hartvigsen 2018; Hestbaek 2003; Schneider 2007). Ook bekkenbodempromatiek komt vaak voor bij patiënten met lage rugpijn (Welk 2020). Comorbiditeit leidt tot een verhoogd zorggebruik, heeft een nadelig effect op de prognose van lage rugpijn en kan consequenties hebben voor de invulling van de behandeling. Over de precieze aard van de relatie tussen comorbiditeit en lage rugpijn bestaat nog veel onduidelijkheid (Hartvigsen 2018; Hestbaek 2003).

Noot A.2.2 Maatschappelijke impact

Lage rugpijn is wereldwijd de belangrijkste oorzaak van leven met een beperking. Tussen 1990 en 2007 nam het aantal geleefde jaren met beperkingen als gevolg van lage rugpijn toe met 30% (met een range van 28–32%) (GBD 2017 Disease Injury Incidence Prevalence Collaborators 2018). De meeste mensen met lage rugpijn hebben een laag niveau van beperkingen. Echter, de hoge prevalentie van lage rugpijn in combinatie met een grote mate van beperkingen in een kleine minderheid van de gevallen zorgt voor een zeer grote maatschappelijke impact (Hartvigsen 2018). De algehele toename van de wereldwijde maatschappelijke impact van lage rugpijn is bijna volledig te wijten aan de toename van de bevolking en vergrijzing, aangezien de prevalentie niet lijkt toe te nemen (Hoy 2010). Beperkingen als gevolg van lage rugpijn zijn het hoogst in de 25- tot 65-jarige beroepsbevolking (Hartvigsen 2018).

De kosten voor lage rugpijn worden in het algemeen gerapporteerd als medische kosten (gezondheidszorg) en niet-medische kosten (werkverzuim of productiviteitsverlies). Andere niet-medische kosten, zoals die voor vervoer naar afspraken, bezoeken aan complementaire en alternatieve artsen en informele hulp die niet door het gezondheidszorgsysteem is vastgelegd, worden meestal niet gerapporteerd. Dit betekent dat de meeste studies de totale maatschappelijke kosten van lage rugpijn onderschatten.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu rapporteert dat de medische kosten in Nederland voor nek- en rugklachten in 2017 937 miljoen euro bedroegen ([Volksgezondheidenzorg.info](https://www.volksgezondheidenzorg.info)), ofwel 14% van de totale zorgkosten die in dat jaar gemaakt werden voor ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel en 1,07% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Van de kosten voor nek- en rugklachten werd 62% besteed aan ziekenhuiszorg, 12% aan eerstelijnszorg en 11% aan overige aanbieders. In vergelijking met 2017 waren de medische kosten in Nederland voor nek- en rugklachten in 2011 hoger (1,3 miljard euro) en procentueel waren er lagere kosten voor ziekenhuiszorg (38%) en hogere kosten voor eerstelijnszorg (29%) ([Volksgezondheidenzorg.info](https://www.volksgezondheidenzorg.info)). In een onderzoek van Lambeek naar de ziektekosten zijn relevante gegevens verzameld uit nationale registers, rapporten van onderzoeksinstituten, beschrijvende studies en bedrijfsgezondheidszorg (Lambeek 2011). Het doel van deze studie was om de totale kosten van rugpijn voor de Nederlandse samenleving voor de jaren 2002–2007 te schatten op basis van medische en niet-medische kosten voor lage rugpijn (Lambeek 2011). De totale maatschappelijke kosten van rugpijn daalden van 4,3 miljard euro in 1991 tot 3,5 miljard euro in 2007 (Lambeek 2011). Het aandeel van deze kosten bedroeg ongeveer 0,9% van het bruto nationaal product (BNP) in 2002 en 0,6% van het BNP in 2007. De verhouding tussen medische en niet-medische kosten is in de loop van de jaren niet merkbaar veranderd, dat wil zeggen 12% voor medische en 88% voor niet-medische kosten. De daling van de kosten in de periode 1991 tot 2007 lijkt voornamelijk het gevolg geweest te zijn van een wijziging van de wetgeving voor arbeidsgeschiktheidspensioenen en implementatie van evidence-based zorg (Lambeek 2011).

Noot A.2.3 Klinisch beeld en beloop

Een episode van lage rugpijn kan sluipend beginnen of acuut ten gevolge van fysieke factoren (bijvoorbeeld vanwege het optillen van een voorwerp of het maken van een (on)gewone beweging), psychosociale factoren (bijvoorbeeld vermoeidheid of stress) of een combinatie van deze twee (bijvoorbeeld afgeleid zijn bij tillen) (Steffens 2015). Het aandeel mensen bij wie lage rugpijn acuut begint, wordt geschat op 17 tot 59% (Henschke 2009; Macfarlane 1999). Ongeveer 30%

kan zich geen aanleiding herinneren (Do Carmo Silva Parreira 2015). Gedurende de eerste vier tot zes weken treedt er bij de meeste mensen herstel op en verbeteren pijn en fysiek functioneren met gemiddeld 25–60% (Menezes Costa 2012; Pengel 2003). Na een maand zijn 20 tot 40% van de mensen volledig hersteld en na drie maanden 33–74% (Abbott 2002; Chou 2010; Itz 2013; Scheele 2012). Na drie maanden vlakt het herstel af. Het percentage mensen dat volledig herstelt na 3 tot 12 maanden wordt geschat op 35 en 75% (Abbott 2002; Chou 2010; Scheele 2012). Na 12 maanden blijft het percentage mensen dat klachten houdt min of meer stabiel (Kaaria 2010; Lemeunier 2012). De cijfers voor werkhervatting zijn gunstiger dan die voor pijn en fysiek functioneren. Werkhervatting na één, drie, zes en 12 maanden wordt geschat op respectievelijk 63 tot 82%, 80 tot 95%, 84 tot 98% en 89 tot 98% (Andersson 1999; Chou 2010; Hestbaek 2003; Pengel 2003). Recidieven van lage rugpijn komen vaak voor. Binnen een jaar na herstel van een eerdere episode treedt een recidief op bij een à twee op de drie mensen (Da Silva 2017; Stanton 2008). De gerapporteerde resultaten over herstel en recidieven lopen nogal uiteen omdat in de verschillende studies andere definities voor herstel worden gebruikt en er een grote variatie is van inclusiecriteria, patiëntenpopulaties en toegepaste meetinstrumenten.

De mate van herstel lijkt weinig te verschillen in een open populatie (algemene bevolking waarbij mensen met klachten wel of geen hulp in de gezondheidszorg zoeken) ten opzichte van een populatie in de eerste lijn (Lemeunier 2012). In de tweede en derde lijn, waarin de populatie gekenmerkt wordt door een grotere mate van beperkingen op fysiek en mentaal functioneren, is de uitgangssituatie voor herstel minder gunstig dan in de eerste lijn of in een open populatie. Reductie van pijn en toename van fysiek functioneren na één jaar wordt in de tweede en derde lijn dan ook geschat op slechts 30% en werkhervatting op 50% (Verkerk 2013; Verkerk 2015a, Verkerk 2015b). Lage rugpijn wordt beschouwd als een dynamische conditie waarbij episoden van weinig tot geen rugpijn worden afgewisseld met episoden van matige tot ernstige rugpijn (Axén 2013; Hartvigsen 2018). Het typische beeld van een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) is een heftige schietende, scherpe pijn, waarbij de distributie van pijn en/of paresthesieën langs een specifiek dermatoom verlopen. Omdat in de meeste gevallen de wortels L5 of S1 zijn aangedaan, straalt de pijn meestal uit tot onder de knie. De pijn is vaak erger in het been dan in de rug, kan toenemen bij drukverhogende momenten en neemt over het algemeen af in liggende positie (Nederlandse Vereniging voor Neurologie 2020; Schaafstra 2015).

De korte- en langetermijnprognose bij lage rugpijn met uitstraling in het been is ongunstiger dan bij lage rugpijn zonder uitstraling in het been (zie ook [A.2.4 'Etiologische en prognostische factoren'](#)) (Dunn 2004; Hartvigsen 2017; Hill 2011; Tubach 2004). Voor patiënten met uitstralende pijn met of zonder kenmerken van een LRS wordt het herstelpercentage na één jaar geschat tussen de 44 en 65% (Hartvigsen 2017; Haugen 2012; Iversen 2015; Konstantinou 2018; Tubach 2004). De variatie is onder andere afhankelijk van de definitie van herstel, het behandelbeleid en of de selectie van de patiënten plaatsvond in de eerste of tweede lijn. Van alle patiënten die de huisarts consulteren met klachten vanuit de lage rug met uitstraling, wordt 16% verwezen naar de tweede lijn. Bij patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling is dat 8% (Flinterman 2019).

Noot A.2.4 Etiologische en prognostische factoren

Aanleiding

In de afgelopen jaren is er veel onderzoek verricht naar etiologische en prognostische factoren van lage rugpijn, waardoor herziening gewenst was van de factoren die beschreven staan in de KNGF-richtlijn uit 2013 (KNGF 2013).

Uitgangsvraag

Welke etiologische en prognostische factoren worden aanbevolen om in kaart te brengen tijdens de anamnese en het lichamelijk onderzoek?

Methode

Voor de beantwoording van de uitgangsvraag is in overleg met de werkgroep gebruikgemaakt van literatuur die is geïdentificeerd op basis van een systematische zoekactie naar evidence-based richtlijnen en systematische literatuuronderzoeken. Deze zoekactie is aangevuld met informatie uit nationale richtlijnen voor lage rugpijn. Bestaande systematische literatuuronderzoeken van prospectieve cohortstudies, eventueel in combinatie met cross-sectionele en case-controlstudies zijn geselecteerd. De resultaten zijn op een narratieve wijze geanalyseerd en descriptief verwerkt. De etiologische en prognostische factoren die in aanmerking kwamen voor opname in de richtlijn zijn geselecteerd op basis van consensus in de werkgroep, waarbij de volgende componenten zijn beoordeeld: de kwaliteit van het bewijs dat is gerelateerd aan de omvang van de onderzochte populatie en de consistentie van de bewijslast, de omvang van het effect en de toepasbaarheid en/of klinische relevantie van de factor.

Conclusies op basis van de literatuur

In de Verantwoording zijn de details beschreven op basis waarvan deze literatuurconclusies tot stand zijn gekomen.

Etiologische factoren

Op basis van 13 systematische literatuuronderzoeken is de bruikbaarheid van 14 etiologische factoren geëvalueerd (Campbell 2013; Da Silva 2017; Ferreira 2013; Heneweer 2011; Hestbaek 2003; Janwantanakul 2012; Lang 2012; Pinheiro 2016; Shiri 2016; Shiri 2010ab; Taylor 2014; Zhang 2018). De volgende risicofactoren op het ontstaan van de eerste keer rugpijn of terugkerende rugpijn zijn geselecteerd voor opname in de richtlijn op basis van consensus: eerdere episoden van lage rugpijn, overgewicht en obesitas, roken, comorbiditeit, depressie, hoge fysieke belasting tijdens werk, hoge mentale belasting tijdens werk, weinig sociale ondersteuning op het werk, weinig mogelijkheden om werkzaamheden zelf in te vullen, weinig zekerheid voor het behouden van de baan en zeer monotone arbeid.

Hoewel het vermoeden bestaat dat etiologische factoren van invloed zijn op het ontstaan van lage rugpijn, zijn etiologische factoren niet per definitie tevens oorzakelijke factoren.

Prognostische factoren

Op basis van 14 systematische literatuuronderzoeken is de bruikbaarheid van 26 prognostische factoren geëvalueerd (Campbell 2013; Chou 2010; Hallegraef 2012; Hayden 2009; 2010; Hendrick 2011; Kent 2008, Oliveira 2019; Pinheiro 2016; Ramond 2011; Steenstra 2017; Verkerk 2012; Wertli 2014ab). De geselecteerde prognostische factoren zijn verdeeld over vier domeinen: 'aan rugpijn gerelateerde factoren', 'patiëntgerelateerde factoren', 'psychosociale factoren', en 'werkgerelateerde factoren'. De volgende prognostische factoren zijn geselecteerd voor opname in de richtlijn op basis van consensus: 'eerdere episoden van lage rugpijn', 'hoge mate van beperkingen in activiteiten', 'pijn in het been of uitstralende pijn', 'hoge intensiteit van de pijn', 'slechte algemene gezondheid of kwaliteit van leven', 'psychologische en psychosociale stress' ('distress'), 'pijngerelateerde bewegingsangst', 'depressieve gevoelens of klachten', 'passieve coping', 'negatieve verwachtingen over het herstel of catastrofen', 'hoge fysieke belasting

tijdens werk', 'slechte relaties met collega's' en 'verminderde tevredenheid met werk'. De resultaten van de geïnccludeerde systematische literatuuronderzoeken zijn vaak conflicterend en het verband tussen de prognostische factor en aanhoudende lage rugklachten is vaak zwak.

Conclusies op basis van de overwegingen

In de Verantwoording zijn de details beschreven op basis waarvan deze conclusies van de overige overwegingen tot stand zijn gekomen.

Hoewel er veel systematisch literatuuronderzoek is uitgevoerd naar etiologische en prognostische factoren van lage rugpijn blijft er onzekerheid bestaan over de waarde hiervan voor de dagelijkse praktijk. De resultaten van de systematische literatuuronderzoeken zijn vaak conflicterend. Sommige literatuuronderzoeken rapporteren statistisch-significante associaties van patiënt-gerelateerde etiologische of prognostische factoren; de klinische relevantie van deze associaties lijkt echter beperkt. Daarnaast blijft er onzekerheid bestaan over de betrouwbaarheid van de conclusies als gevolg van methodologische beperkingen in de literatuur over de prognostische factoren voor lage rugpijn (Hayden 2009). Zo zijn de onderzochte populaties, de operationalisatie van de risicofactoren en de gehanteerde uitkomstmaten sterk heterogeen. Ook zijn de associaties vaak zwak. De genoemde factoren spelen een rol in het ontstaan of het beloop van rugklachten, maar geen enkele van die factoren heeft een heel sterk verband met rugklachten. Behandelen van slechts één factor zal de rugklachten niet wegnemen, maar mogelijk wel verminderen.

Een recent verschenen overzichtartikel van systematische literatuuronderzoeken identificeerde zeven prognostische factoren bij patiënten met nek en lage rugpijn: beperkingen in activiteiten, mentale gezondheid, pijnintensiteit, ernst van de pijn, coping, verwachtingen ten aanzien van herstel en pijngerelateerde bewegingsangst (Mansell 2021). Er was een redelijk vertrouwen dat de associatie robuust is (op basis van consistentie van bewijs tussen de geïnccludeerde studies en het risico op vertekening) voor deze factoren. Deze factoren komen overeen met de door ons geïdentificeerde prognostische factoren voor vertraagd herstel.

De werkgroep acht een sterke aanbeveling ten aanzien van het in kaart brengen van de etiologische factoren op z'n plaats, gezien de kleine inspanning die nodig is om de factoren in kaart te brengen tijdens de anamnese en de mogelijke waarde van die factoren bij de klinische besluitvorming. Informatie over de etiologische factoren kan worden gebruikt om gerichte informatie en advies te verstrekken.

Ten aanzien van de prognostische factoren formuleert de werkgroep eveneens een sterke aanbeveling, omdat de prognostische factoren een belangrijke rol spelen bij de evaluatie van het risico op aanhoudende klachten. De verkregen informatie is van belang in het kader van de klinische besluitvorming, bij het vormgeven van de therapie, of het verwijzen naar andere (para)medici. Denk bijvoorbeeld aan een bedrijfsarts of een arbeidsfysiotherapeut in geval van werkgerelateerde factoren en een psycholoog of een psychosomatische fysio- of oefentherapeut bij psychosociale factoren.

De werkgroep realiseert zich dat het overzicht van de prognostische factoren niet uitputtend is en acht het daarom van belang de klinische expertise van de praktiserend fysio- of oefentherapeut in te zetten om andere (al dan niet aan rugpijn gerelateerde) prognostische factoren te identificeren tijdens het diagnostisch proces en deze te gebruiken bij de evaluatie van het risico op aanhoudende klachten. Hierbij kan worden gedacht aan prognostische factoren die herstel kunnen bevorderen (zoals het voldoen aan de beweegnorm en een gezonde leefstijl) of die juist het herstel kunnen belemmeren (zoals pijn elders in het lichaam en verminderde belastbaarheid als gevolg van comorbiditeit).

Noot A.3 Organisatie van zorg**Stapsgewijze benadering**

Patiënten met lage rugpijn worden behandeld door een brede groep (para)medische behandelaars. Voor de organisatie van zorg wordt de stapsgewijze benadering aangehouden die is beschreven in de Zorgstandaard Chronische Pijn (Perez 2017).

Preventie (stap 1)

Universele preventie hoort niet binnen het primaire vakgebied van de fysio- en oefentherapeut, evenmin als de selectieve preventie. Binnen de selectieve preventie kan de fysio- of oefentherapeut wel een signalerende rol vervullen (KNGF 2021). Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie behoren tot het vakgebied van de fysio- en oefentherapeut.

Monodisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerstelijns (stap 2)

De huisarts kan besluiten de patiënt zelf te begeleiden of voor behandeling en/of nadere diagnostiek te verwijzen naar een breed scala aan (para)medici.

Multidisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerstelijns in nauwe samenwerking met de tweede lijn (stap 3)

Multidisciplinaire diagnostiek en behandeling kunnen plaatsvinden in de eerstelijnszorg, eventueel in samenwerking met de tweede lijn en – bij zwaardere problematiek – worden 'opgeschaald' naar multidisciplinaire diagnostiek en behandeling in de tweede of derde lijn (De Jong 2018; Perez 2017). Pijneducatie neemt een belangrijke plaats in binnen het multidisciplinaire behandelprogramma. De kwaliteit van de zorg en de organisatiegraad van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn in Nederland varieert sterk en er is in veel gevallen ruimte voor verbetering (Van Tulder 2010; Zorginstituut Nederland 2018). De 'Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten' (Van Tulder 2010), alsmede de 'NHG-Standaard Aspecifieke lage rugpijn' (NHG-Werkgroep Standaard Aspecifieke lage rugpijn 2017) en de 'Zorgstandaard Chronische Pijn' (Perez 2017) geven aanbevelingen voor multidisciplinaire samenwerking en communicatie. De implementatie van deze aanbevelingen blijft echter nog achter. In 2021 heeft Zorginstituut Nederland een rapport opgeleverd waarin een aantal verbeteracties zijn opgesteld om de zorg in de hele keten beter op elkaar af te stemmen (Zorginstituut Nederland 2021).

De werkgroep erkent dat het van belang is lokaal of regionaal afspraken te maken over multidisciplinaire samenwerking bij een patiënt met lage rugpijn. Ook is de werkgroep van mening dat het aanstellen van een coördinator kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Daarom is de aanbeveling geformuleerd dat fysio- en oefentherapeuten de organisatie van deze zorg afstemmen met de zorgverleners op lokaal en regionaal niveau en hiertoe in overleg een coördinator aan te stellen.

Multidisciplinaire behandeling in de tweede of derdelijns (stap 4)

Onder complexe problemen worden verstaan: langdurig (> 12 weken) arbeidsverzuim, meerdere, tegelijkertijd optredende gezondheidsproblemen (comorbiditeit), een hoge ziektelast, ernstige en onhoudbare pijn en de aanwezigheid van dominante herstelbelemmerende psychosociale factoren (Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland 2017). Tweede- of derdelijnszorg is alleen zinvol indien de patiënt intrinsiek gemotiveerd is om de klachten vanuit een biopsychosociaal perspectief te beschouwen en herstelbelemmerend gedrag te veranderen (NHG-Werkgroep Standaard Aspecifieke lage rugpijn 2017).

Medisch-specialistische revalidatie voor mensen met chronische lage rugklachten vindt doorgaans plaats in de tweede of derde lijn en richt over het algemeen zich primair op de gevolgen van de lage rugpijn en niet op het behandelen van de pijn. De zorg in de tweede lijn is gesitueerd in revalidatiecentra, op revalidatieafdelingen van ziekenhuizen en in zelfstandige behandelcentra. Derdelijnszorg is zeer gespecialiseerde, intramurale revalidatiezorg.

Samenwerking

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan hoe samenwerking georganiseerd kan worden, zodat deze samenwerking doelmatig en doeltreffend verloopt. De richtlijn richt zich primair op een beschrijving van wat kwalitatief goede zorg is en geeft – waar mogelijk vanuit de inhoud – sturing aan de manier waarop die zorg kan worden georganiseerd.

Er zijn geen criteria geformuleerd voor het moment waarop verwezen zou moeten worden naar een verbijzonderd fysio- of oefentherapeut. Hier is geen consensus over. De competenties van de algemeen fysio- en oefentherapeut en de fysio- en oefentherapeuten met een verbijzondering of een aantekening staan beschreven in de beroepsprofielen. Voor de fysio- en oefentherapeut is het van belang om kennis te hebben van en inzicht te hebben in de expertise van zowel de bij de behandeling van lage rugpijn betrokken (para)medici als de verbijzonderde fysio- en oefentherapeuten en fysio- en oefentherapeuten met een aantekening (KNGF 2021).

Fysio- en oefentherapeuten zijn gespecialiseerd in het bewegingsapparaat. Zij behandelen patiënten via Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) of Directe Toegankelijkheid Oefentherapie (DTO) of op verwijzing van de huisarts of een medisch specialist.

Therapeuten met verbijzonderingen als manuele therapie, psychosomatische fysio- of oefentherapie, bekkenfysio- of oefentherapie, sportfysiotherapie en bedrijfs- en arbeidsfysiotherapie hebben specifieke deskundigheid op het gebied van diagnostiek en behandeling van lage rugpijn. Voor al deze specialisaties is het doel van de behandeling behoud of herstel van het dagelijks functioneren. De behandelwijze kan echter per specialisme variëren.

Hierna wordt een (niet-uitputtende) opsomming gegeven van de bij lage rugpijn betrokken (para)medici.

Expertise van de betrokken (para)medici

Fysio- of oefentherapeut

De fysio- of oefentherapeut (met of zonder specialisatie) screent de patiënt op rode vlaggen, stelt vast of er sprake is van functiestoornissen of herstelbelemmerende factoren en legt de mate van pijn, ervaren beperkingen en participatieproblemen vast. Op basis van de bevindingen wordt vastgesteld of behandeling geïndiceerd is en wordt het behandelbeleid bepaald (zie [B.2 'Indicatiestelling en behandelprofielen'](#)).

Indien er geen indicatie is voor behandeling, wordt in samenspraak met de patiënt overwogen om de patiënt (terug) te verwijzen naar de huisarts.

De rol en de positie van de fysiotherapeut en de oefentherapeut in de gezondheidszorg, oftewel de domeinbeschrijving, is te vinden in het beroepsprofiel van de fysiotherapeut en het beroepsprofiel van de oefentherapeut (KNGF 2014, 2021; VvOCM 2019b).

Hierna worden de verbijzonderingen binnen de fysio- en oefentherapie beschreven waarvan specifieke deskundigheid erkend is door het KNGF of de VvOCM, zoals beschreven in de 'Beroepscode voor de Fysiotherapeut' en de 'Beroepscode oefentherapeut'. Deze specialismen zijn opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici (kwaliteitsregisterparamedici.nl), waarmee het op een goed niveau brengen en houden van de kennis en vaardigheden van deze zorgprofessionals wordt gewaarborgd.

Manueel therapeut

De manueel therapeut is aanvullend geschoold in complexe gezondheidsproblemen van neuromusculoskeletale aard waarin de wervelkolom en/of de extremiteiten een centrale rol spelen. Tijdens het diagnostische en therapeutische proces maakt de manueel therapeut gebruik van complexe manuele vaardigheden, waaronder 'high-velocity-thrust'-technieken. Het beroepsprofiel beschrijft de werkzaamheden van de manueel therapeut, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn (KNGF 2014).

Psychosomatische fysio- of oefentherapeut

De psychosomatische fysio- of oefentherapie richt zich op de behandeling van klachten die met spanning of stress te maken hebben en op onbegrepen lichamelijke klachten. De psychosomatisch fysio- of oefentherapeut betreft de lichamelijke, psychologische en sociale aspecten bij de behandeling, waaronder leef- en werkomstandigheden.

De werkzaamheden van de psychosomatisch fysio- en oefentherapeut, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het beroepsprofiel van de psychosomatisch fysiotherapeut (KNGF 2009) respectievelijk de psychosomatisch oefentherapeut (KNGF 2018).

Bekkenfysiotherapeut

Bekkenfysiotherapie richt zich op mensen met gezondheidsproblemen in de bekkenregio (i.c. de bekkengordel met de bekkenbodemuisculatuur en de bekkenorganen, de lumbale wervelkolom en de heupen). Dit kunnen mannen, vrouwen en kinderen zijn van alle leeftijden, met zeer uiteenlopende hulpvragen, zoals incontinentie voor urine en/of ontlasting, obstipatie (verstopping), dyspareunie (pijn bij vrijen), prostaat- en verzakkingsklachten. Het vak richt zich behalve op screening, diagnostiek, prognostiek en therapeutische interventies, op preventie van bekken- en bekkenbodemdisfuncties. Van de bekkenfysiotherapeut worden specifieke competenties gevraagd, waaronder inwendig handelen (KNGF 2014).

De kennisdomeinen en de competentiegebieden van de bekkenfysiotherapeut staan beschreven in het beroepsprofiel van de bekkenfysiotherapeut (KNGF 2014).

Bekkenoefentherapeut

De bekkenoefentherapeut behandelt cliënten met (gecompliceerde) bekkenklachten en/of -bodemproblematiek, al dan niet zwangerschapsgerelateerd, en cliënten die het risico lopen om deze te ontwikkelen. Veel voorkomende (complexe) klachten en problemen in deze context zijn onder andere: klachten in bekken-, lage rug- en buikregio (zoals bekkenklachten, stuitklachten, sacro-iliacale klachten, een pijnlijk schaambeent, lumbosacrale klachten, liesklachten, pseudoradiculaire klachten, pijn in de bekkenbodem, verhoogde buikdruk/(onder) buikpijn, etc.), zwangerschapsgerelateerde problemen/klachten, mictie en defecatieproblematiek, verzakkingsklachten, spanningsdisregulatie, seksuele problematiek en klachten op basis van aandoeningen, bijvoorbeeld een cerebrovasculair accident (CVA), multipole sclerose (MS), COPD, artrose, en sommige vormen van kanker en de gevolgen van kanker.

De werkzaamheden van de bekkenoefentherapeut, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het beroepsprofiel van de bekkenoefentherapeut (KNGF 2019a).

Sportfysiotherapeut

De sportfysiotherapeut richt zich in het bijzonder op preventie, behandeling, voorlichting en advies voor iedereen die (weer) wil gaan sporten. De sportfysiotherapeut richt zich ook op patiënten die sportgerelateerde rugklachten hebben.

De werkzaamheden van de sportfysiotherapeut, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het beroepscompetentieprofiel van de sportfysiotherapeut (KNGF 2018).

Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeut

De bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeut richt zich op problemen die verband houden met arbeid. Zaken die aan de orde komen zijn werkorganisatie (werktaken, -tijden en -druk), werkplek en werkwijze.

De arbeidsfysiotherapeut is werkzaam in een particuliere praktijk of instelling voor gezondheidszorg en informeert, adviseert en behandelt mensen met als doel klachten en verzuim te voorkomen. Naast fysiotherapie kan de behandeling ook bestaan uit een (re-integratie) trainingsprogramma, een instructietraining op de werkplek of een werkplekonderzoek.

De bedrijfsfysiotherapeut heeft een differentiatie arbeidsfysiotherapie gevolgd en kan in loondienst of als zelfstandige werkzaam zijn in een particuliere praktijk of instelling voor gezondheidszorg, bij een re-integratiebedrijf, een Arbodienst, bij een bedrijf of een adviesbureau. De bedrijfsfysiotherapeut is opgeleid om, na grondig onderzoek te hebben gedaan, op bedrijfsniveau de arbozorg te verbeteren. Waar de arbeidsfysiotherapeut voornamelijk is gericht op herstel mogelijkheden van de patiënt met arbeidsgerelateerde problematiek, ligt de invalshoek bij de bedrijfsfysiotherapeut primair op het niveau van de werkplek of organisatie.

De werkzaamheden van de bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeut, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het beroepsprofiel van de bedrijfsfysiotherapeut (KNGF 2009).

Geriatriciefysio- en -oefentherapeut

De geriatriciefysio- en -oefentherapeut zijn specialisten op het gebied van het fysiek functioneren van kwetsbare personen en personen met multimorbiditeit en met complexe problematiek (waarbij ook psychologische en sociale factoren een rol spelen). Zij richten zich op het fysiek functioneren, met als doelstelling behoud of herwinnen van activiteiten en participatie; indien nodig zijn zij werkzaam in een multidisciplinair team. Zij ondersteunen bij het voorkomen van nieuwe gezondheidsproblemen en geven begeleiding bij eventuele achteruitgang in het proces van het ouder worden.

De werkzaamheden van de geriatriciefysio- en oefentherapeut, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het beroepsprofielen van de geriatriciefysiotherapeut (KNGF 2015) en de geriatricie-oefentherapeut (KNGF 2019b).

Expertise van overige zorgverleners

Zorgverleners die als consulent, hoofd- of medebehandelaar betrokken zijn bij patiënten met lage rugpijn betreffen de huisarts, de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) en verder de leefstijlcoach, ergotherapeut, psycholoog, revalidatiearts, reumatoloog, neuroloog, neurochirurg, orthopedisch chirurg, anesthesioloog-pijnbestrijder, bedrijfsarts, verzekeringsarts en sportarts.

Huisarts

De huisarts screent de patiënt op alarmsymptomen en diagnosticeert, informeert en coördineert de zorg. De huisarts kan de patiënt verwijzen voor nadere diagnostiek of behandeling naar een groot scala aan zorgverleners in de eerste, tweede en derde lijn. Verwijzing vindt plaats op basis van de aard van de problematiek, de hulpvraag, de voorkeur van de patiënt en de lokale beschikbaarheid en deskundigheid van zorgverleners.

Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling door de huisarts bij lage rugpijn staan beschreven in de 'Standaard Aspecifieke lage rugpijn' en de 'Standaard LRS' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG-Werkgroep Standaard Aspecifieke lage rugpijn 2017; Schaafstra 2015). De werkzaamheden van de huisarts, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het beroepsprofiel van de huisarts (Van de Vijver 2016).

Praktijkondersteuner huisarts – geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ)

De praktijkondersteuner huisarts – geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) ondersteunt de huisarts bij de begeleiding van patiënten met psychische, psychosomatische of psychosociale problematiek middels een eigen spreekuur. De begeleiding bestaat uit patiëntvoorlichting en educatie over de wijze waarop patiënten met (de gevolgen van) hun lage rugklachten kunnen omgaan. In incidentele gevallen kan ook een huisbezoek plaatsvinden (Expertgroep Functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2020).

POH-GGZ is (nog) geen beroep, maar een functie. Anders dan een beroep, verwijst een functie naar de uitoefening van een set bij elkaar behorende taken.

Leefstijlcoach

De leefstijlcoach begeleidt mensen bij het (her)nemen van de regie over hun gezondheid en welzijn. De leefstijlcoach hanteert het biopsychosociale model en gaat expliciet uit van de definitie van positieve gezondheid. Bij positieve gezondheid ligt het accent op de veerkracht en eigen regie van de mens en niet op de ziekte. De aanpak van een leefstijlcoach berust op coachen, ofwel het gidsen van mensen bij het maken van hun eigen keuzes. Leefstijlcoaches zijn geen zorgprofessionals; ze helpen iedereen die zijn dagelijkse gewoontes wil veranderen om zich goed te (blijven) voelen.

De werkzaamheden van de leefstijlcoach, alsmede de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het beroepsprofiel van de leefstijlcoach (Beroepsvereniging voor Leefstijlcoaches Nederland 2016).

Ergotherapeut

De ergotherapeut richt zich op het verbeteren van het uitvoeren van alledaagse bezigheden, waarbij de zorg zich primair richt op de hulpvraag van de patiënt. Hulpvragen kunnen liggen op het gebied van zelfredzaamheid, productiviteit, vrijetijdsbesteding, woonsituatie en mobiliteit. De ergotherapeut evalueert de verdeling tussen belasting en belastbaarheid, en of houdingen en bewegingen op een ergonomische en efficiënte wijze worden uitgevoerd.

De werkzaamheden van de ergotherapeut, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het beroepsprofiel ergotherapeut (Van Hartingsveldt 2010).

Psycholoog

De psycholoog diagnosticeert en behandelt mensen met psychische problemen. Onder de BIG-geregistreerde psychologen die zich bezighouden met chronische pijn vallen GZ-psychologen, klinisch psychologen en psychologen die BIG-geregistreerd psychotherapeut zijn. Methoden die bij patiënten met chronische lage rugpijn vaak worden gebruikt zijn cognitieve gedragstherapie, 'Acceptance Commitment Therapie' en 'Eye Movement Desensitization and Reprocessing' (EMDR). De werkzaamheden van de GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en de BIG-geregistreerde psychotherapeut, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het beroepsprofiel van respectievelijk de GZ-psycholoog (Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie 2017), de klinisch psycholoog (Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en het Nederlands Instituut van Psychologen 2015) en de psychotherapeut (Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie 2007).

Revalidatiearts

De revalidatiearts richt zich op het opheffen, verminderen of zo mogelijk voorkomen van de gevolgen van ziekten of aandoeningen, zodat de patiënt zo optimaal mogelijk kan functioneren en participeren in de maatschappij. Voor patiënten met lage rugpijn kan de revalidatiearts worden geconsulteerd indien: 1) de klachten complex en langdurig zijn, 2) psychosociale factoren het herstel vertragen of 3) specifieke kennis nodig is op het gebied van orthesiologie, aanpassingen en voorzieningen.

Reumatoloog

De reumatoloog behandelt patiënten met ontstekingsreuma, systeemziekten, metabool-degeneratieve aandoeningen en wekedelenreuma. De reumatoloog speelt een belangrijke rol bij de behandeling van specifieke lage rugpijn, zoals osteoporose en axiale spondyloartritis (axiale SpA).

Neuroloog

De neuroloog behandelt patiënten met aandoeningen van de hersenen, het ruggenmerg, de zenuwen, de overgang van zenuwen naar spieren en spierziekten. In vergelijking met andere medisch specialisten in de tweede lijn wordt de neuroloog door patiënten met lage rugklachten het frequentst geconsulteerd, namelijk bij 53% van alle verwijzingen (Flinterman 2019). Consultatie vindt onder andere plaats bij het vermoeden van een radiculair syndroom, radiculopathie, of radiculitis, myelumletsel dan wel een caudasyndroom of conuscaudasyndroom. Indien de neuroloog een indicatie stelt voor operatie wordt de patiënt verwezen naar een neurochirurg of orthopeed. In specifieke gevallen verwijst de neuroloog de patiënt naar een anesthesioloog-pijnbestrijder.

Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling door de neuroloog voor patiënten met lage rugpijn staan beschreven in de richtlijn 'Lumbosacraal Radiculair Syndroom' (Nederlandse Vereniging voor Neurologie 2020).

Neurochirurg en orthopedisch chirurg

Neurochirurgen en orthopedisch chirurgen bedrijven de wervelkolomchirurgie ieder vanuit hun eigen achtergrond en expertise, maar er bestaat een vergaande samenwerking en overlap van activiteiten. Wervelkolomchirurgie is geïndiceerd bij ernstige lage rugklachten die niet hebben gereageerd op conservatieve behandeling of bij klachten die een ernstige dreiging voor de gezondheid vormen. Hierbij kan men denken aan lage rugklachten op basis van tumoren,

wervelfracturen, lumbale hernia's, spinale stenoses, misvormingen van de wervelkolom (scoliose/kyfose) en verschuivingen van wervels (spondylolisthesis).

Aanbevelingen voor de indicatiestelling en behandeling van wervelkolomchirurgie staan beschreven in de richtlijnen voor geïnstrumenteerde (Nederlandse Orthopaedische Vereniging 2017) en ongeïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie (Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie 2018).

Anesthesioloog-pijnbestrijder

De anesthesioloog-pijnbestrijder houdt zich voornamelijk bezig met (ernstige) chronische pijn. Anesthesiologische pijnbehandelingstechnieken worden voornamelijk toegepast bij patiënten met klachten vanuit de lage rug met uitstraling, ofwel bij neurogene rugklachten (Obradovic 2020). De anesthesioloog-pijnbestrijder heeft de beschikking over een veelvoud aan pijnbehandelingstechnieken. De meest toegepaste technieken zijn percutane thermolaesie van het dorsale ganglion, lumbale epidurale injecties en neurolytische blokkade van een of meer perifere zenuwen (Obradovic 2020). Bij patiënten met een 'failed back surgery syndrome' (waarbij beenpijn op de voorgrond staat) kan de anesthesioloog-pijnbestrijder elektrische stimulatie van het ruggenmerg (neurostimulatie ofwel elektrische spinale epidurale stimulatie) toepassen.

Bedrijfsarts

De bedrijfsarts beoordeelt de belasting en belastbaarheid van een zieke werknemer in relatie tot diens werk en adviseert de werknemer en werkgever hierover. De bedrijfsarts doet dit vanuit een onafhankelijke, professionele visie. De bedrijfsarts draagt mede zorg voor het toetsen van een risico-inventarisatie en -evaluatie en de begeleiding van werknemers die niet in staat zijn hun arbeid te verrichten.

De werkzaamheden van de bedrijfsarts, alsmede de context waarbinnen deze plaatsvinden en de competenties die daarvoor nodig zijn, staan beschreven in het beroepsprofiel van de bedrijfsarts (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde 2004).

Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van lage rugpijn en LRS staan beschreven in de 'Richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom' voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (Luites 2021).

Verzekeringsarts

De verzekeringsarts beoordeelt in het kader van de arbeidsongeschiktheidswetten de mogelijkheden en de beperkingen van mensen die als gevolg van ziekte of gebrek (gedeeltelijk) niet kunnen werken en in een uitkeringssituatie zijn beland. Het gaat hierbij om mensen die geen arbeidsrelatie hebben, die moeite hebben om aansluiting te vinden tot de arbeidsmarkt of om mensen die (deels) arbeidsongeschikt zijn. De verzekeringsarts onderzoekt de belastbaarheid in een breed perspectief en adviseert en begeleidt de patiënt in de zoektocht naar mogelijkheden op de totale arbeidsmarkt. De verzekeringsarts draagt onder andere zorg voor verzuimbegeleiding en claimbeoordeling. Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van lage rugpijn en LRS staan beschreven in de 'Richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom' voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (Luites 2021).

Sportarts

De sportarts behandelt en adviseert patiënten op het gebied van belasting en belastbaarheid in relatie tot sport en bewegen. De sportarts richt zich op de sportende patiënt, maar ook op de patiënt die wil starten met sporten of bewegen.

De sportarts kan een rol spelen in de diagnostiek en behandeling van rugklachten die zijn ontstaan door of tijdens sport en bewegen, maar ook in de advisering om sport te gebruiken als middel om de rugklachten te behandelen. Daarnaast richt de sportarts zich op de diagnostiek en behandeling van sportspecifieke rugproblemen, zoals in de turn- en krachtsport.

Noot B.1.1 Anamnese

Aanleiding

De afgelopen jaren hebben zich in de praktijk en op basis van de literatuur ontwikkelingen voorgedaan op grond waarvan herziening gewenst was van de aanbevelingen omtrent de anamnese zoals beschreven in de KNGF-richtlijn uit 2013 (KNGF 2013).

Uitgangsvraag

Welke informatie wordt tijdens de anamnese bij een patiënt met lage rugpijn verzameld?

Methode

Bij de uitwerking van deze uitgangsvraag is in overleg met de werkgroep gebruikgemaakt van de verkorte ICF Core Set voor lage rugpijn (Oorspr. 'Brief Core Sets for low back pain' (Cieza 2004)). De aanbevelingen zijn tot stand gekomen met gebruik van de genoemde literatuur (evidentie) en klinische expertise, patiëntvoorkeuren en voorkeuren en waarden van de leden van de werkgroep en klankbordgroep (overwegingen). Samen bepalen zij de richting, sterkte en formulering van de aanbeveling.

Conclusies op basis van de literatuur

Welke relevante informatie moet worden uitgevraagd tijdens de anamnese is geïnterpreteerd aan de hand van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) (Heerkens 2002).

Voor lage rugpijn is een verkorte ICF 'core set' ontwikkeld middels een literatuuronderzoek en een formeel besluitvormings- en consensusproces van internationale experts met verschillende achtergronden (Cieza 2004). Deze verkorte 'ICF Core Set' bevat voor mensen met lage rugpijn de meest relevante aspecten van het gezondheidsprobleem, geordend naar de domeinen 'functies en anatomische eigenschappen', 'activiteiten', 'participatie', 'externe factoren' en 'persoonlijke factoren'. De 'core set' vormt de basis voor de anamnese bij patiënten met lage rugpijn.

De ICF-categorieën zijn opgenomen in de volgende tabel.

Schematisch overzicht van de ICF-categorieën bij lage rugpijn, gebaseerd op de 'Brief Core Sets for low back pain'. Bron: Cieza 2004

ICF-component	ICF code	ICF-categorie
Functies	b280	pijngewaarwording
	b152	stemming
	b730	spiersterkte
	b710	mobiliteit van gewrichten





Functies (vervolg)	b455	inspanningstolerantie
	b134	slaap
	b740	spieruithoudingsvermogen
	b735	spiertonus
	b715	stabiliteit van gewrichten
	b130	energie en driften
Anatomische eigenschappen	s120	ruggenmerg en verwante
	s760	romp
	s770	extra structuren verwant aan beweging
Activiteiten en participatie	d415	handhaven van lichaamshouding
	d430	optillen en meenemen
	d410	veranderen van basale lichaamshouding
	d450	lopen
	d850	betaald werk
	d859	beroep en werk, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd
	d640	huishouden doen
	d540	zich kleden
	d240	omgaan met stress en andere mentale eisen
	d760	familierelaties
	d530	zorgdragen voor toiletgang
	d845	verwerven, behouden en beëindigen van werk
	Externe factoren	e580
e570		voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot sociale zekerheid
e355		hulpverleners in de gezondheidszorg
e450		persoonlijke attitudes van hulpverleners in de gezondheidszorg
e410		persoonlijke attitudes van naaste familieleden
e135		producten en technologie voor werkdoeleinden
e110		producten en stoffen voor menselijke consumptie
e310		naaste familie
e155		technische aspecten van private gebouwen
e550		voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot juridische zaken

Conclusies op basis van de overwegingen

De items uit de 'ICF core set' zijn door de werkgroep gescreend op de toepasbaarheid voor de anamnese en aangevuld met informatie die nodig is om rode vlaggen en risicofactoren te identificeren voor het ontstaan van lage rugpijn en voor aanhoudende klachten. In aanvulling op de 'core set' acht de werkgroep het tevens van belang tijdens de anamnese te vragen naar comorbiditeit. Om te beoordelen of er sprake is van bekkenbodempromblematiek kan de therapeut vragen naar mictie-, defecatie- en seksuele klachten. Bekkenpromblematiek komt zowel bij mannen als vrouwen voor. Denk hierbij aan ongewenst verlies van urine of ontlasting, obstipatie, pijnklachten en/of ongemak tijdens vrijen, bekkenpijn en/of klachten tijdens of na een zwangerschap en een zwaar of moe gevoel van anderen. Hierbij kan de therapeut eventueel gebruikmaken van de 'Vragenlijst bekkenbodempromblematiek' (Hanemaaijer-Slottje 2019); er zijn echter nog geen klinimetriche eigenschappen bekend van deze vragenlijst.

De 'Numeric rating scale' (NRPS) wordt aanbevolen voor het meten van functies en anatomische eigenschappen, de Patiënt Specifieke Klachten (PSK) en de 'Quebec Back Pain Disability Scale' (QBPS) voor het meten van activiteiten en voor het meten van participatie opnieuw PSK (zie [B.3 'Meetinstrumenten'](#)).

Noot B.1.2 Lichamelijk onderzoek

Aanleiding

De afgelopen jaren hebben zich in de praktijk en op basis van de literatuur ontwikkelingen voorgedaan op grond waarvan herziening gewenst was van de aanbevelingen omtrent het lichamelijk onderzoek zoals beschreven in de KNGF-richtlijn uit 2013 (KNGF 2013).

Uitgangsvraag

Welke informatie wordt tijdens het lichamelijk onderzoek bij een patiënt met lage rugpijn verzameld?

Methode

Voor de beantwoording van de uitgangsvraag is in overleg met de werkgroep gebruikgemaakt van literatuur die is geïdentificeerd op basis van een systematische zoekactie naar evidence-based richtlijnen en systematische literatuuronderzoeken. Deze zoekactie is aangevuld met informatie uit nationale richtlijnen voor lage rugpijn.

Bij de uitwerking van deze uitgangsvraag is in overleg met de werkgroep gebruikgemaakt van de verkorte ICF Core Set voor lage rugpijn (Oorspr. 'Brief Core Sets for low back pain' (Cieza 2004)).

De aanbevelingen zijn tot stand gekomen conform de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2019' (KNGF 2019).

Conclusies op basis van de literatuur

Het aanbod aan klinische tests voor lichamelijk onderzoek van de lage rug is ruim en gevarieerd. Voor veel klinische tests zijn de klinimetriche aspecten als interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, betekenisvaliditeit (inhouds- én constructvaliditeit) en prognostische waarde gering of onvoldoende aangetoond of niet onderzocht (Alqarni 2011; Cook 2011; Denteneer 2017; Hartvigsen 2015).

Het lichamelijk onderzoek van de lage rug in voorliggende richtlijn is primair gebaseerd op de onderzoekscategorieën van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) (Delitto 2012; Heerkens 2002).

Voor lage rugpijn is een verkorte ICF 'core set' ontwikkeld middels een literatuuronderzoek en een formeel besluitvormings- en consensusproces van internationale experts met verschillende achtergronden (Cieza 2004). Deze verkorte 'ICF Core Set' bevat voor mensen met lage rugpijn de meest relevante aspecten van het gezondheidsprobleem. De ICF-categorieën zijn opgenomen in de volgende tabel.

Schematisch overzicht van de ICF-categorieën van de verkorte ICF Core Set voor lage rugpijn.

Bron: Cieza 2004

ICF-component	ICF code	ICF-categorie
Functies	b280	pijngewaarwording
	b152	stemming
	b730	spiersterkte
	b710	mobiliteit van gewrichten
	b455	inspanningstolerantie
	b134	slaap
	b740	spieruithoudingsvermogen
	b735	spiertonus
	b715	stabiliteit van gewrichten
	b130	energie en driften
Anatomische eigenschappen	s120	ruggenmerg en verwante
	s760	romp
	s770	extra structuren verwant aan beweging
Activiteiten en participatie	d415	handhaven van lichaamshouding
	d430	optillen en meenemen
	d410	veranderen van basale lichaamshouding
	d450	lopen
	d850	betaald werk
	d859	beroep en werk, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd
	d640	huishouden doen
	d540	zich kleden
	d240	omgaan met stress en andere mentale eisen





Activiteiten en participatie (vervolg)	d760	familierelaties
	d530	zorgdragen voor toiletgang
	d845	verwerven, behouden en beëindigen van werk
Externe factoren	e580	voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot gezondheidszorg
	e570	voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot sociale zekerheid
	e355	hulpverleners in de gezondheidszorg
	e450	persoonlijke attitudes van hulpverleners in de gezondheidszorg
	e410	persoonlijke attitudes van naaste familieleden
	e135	producten en technologie voor werkdoeleinden
	e110	producten en stoffen voor menselijke consumptie
	e310	naaste familie
	e155	technische aspecten van private gebouwen
	e550	voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot juridische zaken

Conclusies op basis van de overwegingen

De items uit de ICF Core Set zijn door de werkgroep gescreend op de toepasbaarheid voor het lichamelijk onderzoek en aangevuld met relevante informatie, bijvoorbeeld ten behoeve van de identificatie van rode vlaggen.

Een belangrijke doelstelling van het lichamelijk onderzoek is het evalueren en uitsluiten van onderliggende, ernstige aandoeningen. Indien vanuit de anamnese een ernstige aandoening wordt vermoed, of bij twijfel ('niet-pluis'gevoel), wordt de patiënt hierop specifiek onderzocht tenzij dit niet relevant is. Bij een 'niet-pluis'gevoel (zoals een combinatie van alarmsymptomen vanuit anamnese en/of lichamelijk onderzoek of lage rugklachten in combinatie met een negatief bewegingsonderzoek), is er mogelijk geen indicatie voor fysio- of oefentherapie en wordt de patiënt geadviseerd contact op te nemen met de (huis)arts (zie [B.1.3 'Rode vlaggen'](#)).

Voor veel klinische tests zijn de klinimetrische eigenschappen en wetenschappelijke onderbouwing (zeer) beperkt. Het is hierdoor onmogelijk om één enkel specifiek klinisch onderzoek aan te bevelen. Daarom beveelt de werkgroep een lichamelijk onderzoek aan dat zich richt op verschillende functies en activiteiten om, in combinatie met de bevindingen uit de anamnese, te komen tot een initiële hypothese en een behandelstrategie.

Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS)

Bij het vermoeden van een LRS wordt een neurologisch onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek bestaat minimaal uit een onderzoek van de pijnverdeling, de vinger-vloerafstand bij vooroverbuigen (positief bij een afstand > 25 cm) (Vroomen 2002), de test van Lasègue (passieve 'Straight Leg Raise' [SLR]), de gekruiste test van Lasègue of de omgekeerde test van Lasègue en onderzoek van de spierkracht, de sensibiliteit en de peesreflexen. Bij positieve bevindingen dient te worden geëvalueerd of de testresultaten in lijn zijn met het verzorgingsgebied van de spinale

zenuwen. Hierbij moet men zich wel realiseren dat niet alle patiënten met radicaire pijn een pijnpatroon hebben volgens de bekende dermatogene pijnpatronen. Een mogelijke uitzondering is het S1-syndroom, waarbij de pijn meestal het S1-dermatoom volgt (sensitiviteit 0,65 en specificiteit 0,80) (Murphy 2009). Ook is bekend dat sensibiliteitsstoornissen bij neuropathische pijn zeer divers kunnen zijn; denk aan hyperesthesie, hypo-esthesie, hyperalgesie, hypoalgesie, allodynie, paresthesie, dysesthesie, 'aftersensations', etc. (Nijs 2015).

Geen van de tests uit het neurologisch onderzoek is voldoende sensitief en specifiek voor het vaststellen van de oorzaak van radicaire pijn, zoals een discushernia (Al Nezari 2013; Scaia 2012; van der Windt 2010). De resultaten uit het lichamelijk onderzoek dienen daarom altijd gecombineerd te worden met de anamnestiche gegevens. Radicaire pijn zonder motorische uitval sluit de diagnose niet uit, maar de aanwezigheid van passende symptomatologie maakt de diagnose wel veel zekerder. Ook is in zeldzame gevallen motorische uitval mogelijk zonder pijn. Symptomen onder de knie zijn suggestief voor een LRS, omdat het L5-syndroom (45%) en het S1-syndroom (45%) de meest voorkomende LRS-syndromen zijn.

Functionele Capaciteit Evaluatie

Om een indruk te krijgen van het (weer) kunnen uitvoeren van (arbeidsgerelateerde) activiteiten kunnen testprotocollen toegepast worden die bekend staan onder de verzamelnaam Functionele Capaciteit Evaluatie (FCE). FCE's worden vooral gebruikt voor de evaluatie van re-integratiemogelijkheden. In de richtlijn voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen wordt een FCE aanbevolen als mogelijk aanvullend meetinstrument (Luites 2021). FCE's bevatten vele tests, maar er zijn ook protocollen die beduidend korter zijn en met enige training toepasbaar zijn in de eerste lijn (Reneman 2018).

In de afgelopen jaren is in de wetenschappelijke literatuur veel aandacht besteed aan FCE's en de klinimetrische eigenschappen ervan. Instrumenten zoals dynamische rompmetingen, de [Zes Minuten Wandeltest](#), de 'Baltimore Therapeutic Equipment (BTE) work simulator' en de 'performance based tiltest', lijken een voorspellende waarde te hebben voor toekomstig werkgerelateerd functioneren, zoals snellere werkhervatting, verminderde uitval na initiële werkhervatting en beter functioneren op het werk (De Baets 2018; Hegmann 2019).

Noot B.1.3 Rode vlaggen

Aanleiding

De afgelopen jaren hebben zich in de praktijk en op basis van de literatuur ontwikkelingen voorgedaan op grond waarvan herziening gewenst was van de aanbevelingen omtrent rode vlaggen zoals beschreven in de KNGF-richtlijn uit 2013 (KNGF 2013).

Uitgangsvraag

Wanneer is terugverwijzen van patiënten met lage rugpijn naar de huisarts op basis van alarmsymptomen nodig?

Methode

Voor de beantwoording van de uitgangsvraag is in overleg met de werkgroep gebruikgemaakt van literatuur die is geïdentificeerd op basis van een systematische zoekactie naar evidence-based richtlijnen en systematische literatuuronderzoeken. Deze zoekactie is aangevuld met informatie uit nationale richtlijnen voor lage rugpijn.

De aanbevelingen zijn tot stand gekomen conform de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2019' (KNGF 2019). Ze sluiten in belangrijke mate aan bij de aanbevelingen van het Britse 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE) (De Campos 2017) en de richtlijn van het 'Belgian Health Care Knowledge Centre' (KCE) (Van Wambeke 2017).

Conclusies op basis van de literatuur

Alarmsymptomen zijn tekenen of signalen die alleen, of in combinatie, worden gebruikt om patiënten te screenen op de mogelijke aanwezigheid van een ernstige, specifieke oorzaak (rode vlag) van de lage rugpijn. De ernstige onderliggende pathologie waarop deze alarmsymptomen kunnen duiden, zijn aandoeningen zoals een (osteoporotische) wervelfractuur, een maligniteit, een ontsteking zoals bij axiale spondylartritis (axiale SpA), intra-abdominale problematiek zoals appendicitis en cystitis, of ernstige vormen van kanaalstenose en spondylolisthesis. Ondanks de importantie van het screenen op alarmsymptomen en rode vlaggen blijkt de diagnostische accuratesse van de meeste alarmsymptomen beperkt (Cook 2018; Downie 2014; Enthoven 2016; Henschke 2009; Premkumar 2018; Tsiang 2019; Underwood 2009, 2013). De meeste patiënten (80–90%) met lage rugpijn hebben minimaal één alarmsymptoom, terwijl de kans dat een patiënt met lage rugpijn met spoed verwezen en behandeld moet worden klein is (Henschke 2009). Galliker analyseerde 22 studies ($n = 41.320$) waarbij patiënten verwezen waren naar de Spoedeisende Hulp (SEH) (Galliker 2020). Het bleek dat bij 0,7 tot 7,4% van de patiënten sprake was van serieuze pathologie. De kans op een foutpositieve score van rode vlaggen is hoog en de kans op een onnodige verwijzing groot (Grunau 2018; Henschke 2009; Premkumar 2018). Er zijn aanwijzingen dat de diagnostische accuratesse enigszins toeneemt indien verschillende alarmsymptomen voorkomen volgens specifieke clusters, maar hiervoor is weinig bewijs en de klinische relevantie van alarmsymptomen blijft beperkt (Downie 2014; Enthoven 2016; Premkumar 2018).

Conclusies op basis van de overwegingen

De werkgroep acht het van belang patiënten met lage rugpijn op alarmsymptomen en rode vlaggen te screenen om daarmee de kans op het missen van ernstige pathologie te verkleinen. Patiënten bij wie een vermoeden bestaat dat de klachten een specifieke oorzaak hebben, of bij twijfel, worden verwezen naar de huisarts.

Aangezien formele klinische 'prediction rules' ontbreken, dienen bij de inschatting van de relevantie van alarmsymptomen altijd de individuele kenmerken van de patiënt (zoals leeftijd, geslacht, ziektegeschiedenis, comorbiditeit, alcoholgebruik etc.) te worden betrokken. Indien de patiënt zich zonder tussenkomst van een arts (Direct Toegankelijkheid Fysiotherapie; DTF) gemeld heeft bij de fysio- of oefentherapeut is terugverwijzing naar de huisarts laagdrempeliger dan wanneer de patiënt op verwijzing van de huisarts of specialist op consult bij de fysio- of oefentherapeut komt. Indien de patiënt is doorverwezen door een arts dient de therapeut zich er wel van te verzekeren dat de alarmsymptomen bekend zijn bij de arts.

Noot B.2 Indicatiestelling en behandelprofielen

Aanleiding

De afgelopen jaren hebben zich in de praktijk en op basis van de literatuur ontwikkelingen voorgedaan op grond waarvan herziening gewenst was van de aanbevelingen omtrent de behandelprofielen zoals beschreven in de KNGF richtlijn uit 2013 (KNGF 2013).

Uitgangsvragen

1. Wat zijn de criteria om fysio- of oefentherapie te starten bij patiënten met lage rugpijn?
2. Hoe kunnen patiënten met lage rugpijn het best worden ingedeeld in behandelprofielen?

Methode

Voor de beantwoording van de uitgangsvragen is in overleg met de werkgroep gebruikgemaakt van literatuur die is geïdentificeerd op basis van een systematische zoekactie naar evidence-based richtlijnen en systematische literatuuronderzoeken. Deze zoekactie is aangevuld met informatie uit nationale richtlijnen voor lage rugpijn.

De resultaten zijn op narratieve wijze geanalyseerd en descriptief verwerkt.

De aanbevelingen zijn tot stand gekomen conform de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2019' (KNGF 2019).

Conclusies op basis van de literatuur

Uitgangsvraag 1: Indicatie voor fysio- of oefentherapie

Wanneer een patiënt met lage rugpijn bij de fysio- of oefentherapeut komt met een hulpvraag die gerelateerd is aan beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of maatschappelijke participatie op basis van het bewegend functioneren, en de therapeut geen aanleiding ziet om (terug) te verwijzen naar de huisarts (zie [B.1.3 'Rode vlaggen'](#)), bestaat er een indicatie voor fysio- of oefentherapie (KNGF 2021; VvOCM 2019).

Uitgangsvraag 2: Indeling in behandelprofielen

In de richtlijn van het Britse 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE) voor patiënten met lage rugpijn wordt aanbevolen risicostratificatie (bijvoorbeeld met de 'StarT Back Screening Tool'; SBST) te overwegen bij het eerste contact met de zorgverlener en op basis van de risicostratificatie eenvoudiger en minder intensieve ondersteuning te bieden aan mensen die waarschijnlijk snel zullen herstellen, en meer complexe en intensievere ondersteuning aan mensen met een hoger risico op aanhoudende klachten (De Campos 2017). De richtlijn van het Belgische Kenniscentrum voor Gezondheidszorg ('Belgian Health Care Knowledge Centre'; KCE) heeft de aanbeveling van het NICE overgenomen en voegt daarnaast een lijst met gele, oranje, zwarte en blauwe vlaggen toe aan de evaluatie van het risico op aanhoudende klachten (Van Wambeke 2017). Daarentegen beveelt de Deense richtlijn op basis van consensus in de werkgroep aan niet routinematig één specifieke behandeling aan te bieden aan een subgroep van patiënten met vergelijkbare prognostische factoren, omdat de effectiviteit hiervan onbekend is (Stochkendahl 2018). De leidraad voor de behandeling van patiënten met specifieke lage rugpijn door de huisarts is een stappenplan dat bestaat uit voorlichting en advies, opbouw van activiteiten, oefentherapie, gedragsmatige behandeling en multidisciplinaire revalidatie (NHG-Werkgroep Standaard Specifieke lage rugpijn 2017).

Conclusies op basis van de overwegingen

Indeling in behandelprofielen

De werkgroep is van mening dat het risico op aanhoudende lage rugklachten een belangrijke rol kan spelen bij de indeling in behandelprofielen. De evaluatie van het risico op aanhoudende lage rugklachten kan waardevolle informatie bieden voor het vroegtijdig opstarten van de juiste

behandelstrategie. De werkgroep is dan ook van mening dat patiënten met lage rugpijn het best ingedeeld kunnen worden in behandelprofielen op basis van de belangrijkste prognostische factoren voor aanhoudende lage rugklachten.

De werkgroep heeft drie behandelprofielen ontwikkeld op basis van de bevindingen in de literatuur en klinische expertise over patiënten met lage rugpijn. Op grond van de evaluatie van het risico op aanhoudende klachten maakt de behandelaar een keuze uit een van de drie behandelprofielen. De werkgroep erkent dat de indeling in behandelprofielen, toegepast op basis van de individuele inschatting van de fysio- en oefentherapeut, verdere ontwikkeling behoeft.

Aantal behandelsessies

Bij patiënten in behandelprofiel 1 is het van belang dat het accent van de behandeling ligt op voorlichting, advies en instructies voor zelfstandig uit te voeren oefeningen. Omdat er bij behandelprofiel 1 een laag risico is op aanhoudende klachten, dient het aantal behandelsessies bij patiënten met dit profiel zoveel mogelijk beperkt te blijven tot maximaal drie sessies. Hierbij dient de therapeut bij het geven van voorlichting en adviezen wel oog te blijven houden voor de diversiteit in klachtenbeloop en de capaciteit van de patiënt. Ten aanzien van patiënten met behandelprofiel 2 en 3 zijn geen behandelranges geformuleerd, omdat de klachten gevarieerder kunnen verlopen dan bij behandelprofiel 1 en de inschatting van de patiënt en de therapeut bepalend is voor het beëindigen van de behandeling. De werkgroep acht het bij profiel 2 en 3 van belang dat de therapeut bij onvoldoende vermindering van de klachten een herevaluatie van het risico op aanhoudende klachten uitvoert en de stopcriteria te allen tijde in acht neemt.

Herevaluatie van het risico op aanhoudende lage rugklachten

Bij onvoldoende vermindering van de klachten bij profiel 1 en 2 beveelt de werkgroep aan na drie weken een herevaluatie van het risico op aanhoudende lage rugklachten uit te voeren en het behandelprofiel of de behandeling aan te passen op basis van de bevindingen, of contact op te nemen met de huisarts. De herevaluatie geeft de therapeut de kans om prognostische factoren die bij aanvang van de behandeling niet goed in kaart gebracht konden worden alsnog in beeld te brengen (bijvoorbeeld psychosociale factoren). Daarnaast kan een afwijkend beloop van de lage rugpijn een signaal zijn voor een heroverweging van het behandelprofiel en de congruerende behandelstrategie.

Bij onvoldoende vermindering van de klachten bij profiel 2 en 3 beveelt de werkgroep aan na zes weken contact op te nemen met de huisarts om gezamenlijk het verdere beleid te bepalen. In overleg met de huisarts kan worden besloten de patiënt nog enige tijd verder te begeleiden, maar ook kan een specifieke verwijzing worden overwogen naar bijvoorbeeld een psychosomatische fysio- of oefentherapeut, een psycholoog, bedrijfsarts of medisch specialist (zie ook [A.3 'Organisatie van zorg'](#)). Of er sprake is van onvoldoende vermindering van de klachten wordt bepaald door de patiënt in overleg met de therapeut. Eventueel kunnen meetinstrumenten gebruikt worden ter ondersteuning. De werkgroep is van mening dat de testuitslagen op basis van de meetinstrumenten hierin nooit leidend mogen zijn.

Bij patiënten met een LRS zonder rode vlaggen met een klachtenduur van meer dan zes weken en onvoldoende afname van de pijn en/of uitvalsverschijnselen verwijst de fysio- of oefentherapeut de patiënt (terug) naar de huisarts. De huisarts bespreekt met de patiënt of de conservatieve behandeling voortgezet wordt, of dat verwijzing naar een neuroloog gewenst is ter beoordeling van de indicatie 'operatieve behandeling' (Schaafstra 2015).

Noot B.2.1 Classificatiesystemen**Aanleiding**

In recente wetenschappelijke literatuur zijn verschillende instrumenten beschreven die gebruikt kunnen worden om de beste behandeling voor een patiënt vast te stellen, ook wel 'classificatiesystemen' genoemd. Een systematisch literatuuronderzoek identificeerde er 28: 16 diagnostische, 7 prognostische en 5 'treatment-based' classificatiesystemen (Fairbank 2011). Dergelijke systemen zouden als fundament kunnen dienen voor de indeling van patiënten in behandelprofielen. Binnen de module van deze richtlijn is alleen gezocht naar classificatiesystemen die richting geven aan de behandeling van patiënten met lage rugpijn, waarbij geen enkel klachtenbeeld wordt uitgesloten.

Er zijn vier treatment-based classificatiesystemen gevonden voor de behandeling van de patiëntengroep waarop deze richtlijn is gericht, waarvan de effectiviteit daadwerkelijk is onderzocht. Bij nadere bestudering van de 'Mechanische Diagnose en Therapie' volgens McKenzie bleek dat niet alle patiënten met lage rugpijn ermee te classificeren zijn en ook voorziet de methode niet in een systematische analyse van psychosociale herstelbelemmerende factoren. Daarmee viel dit classificatiesysteem af.

De andere classificatiesystemen waren:

1. het 'Treatment-based Classification System' van Delitto (TCS);
2. de Cognitief Functionele Therapie van O'Sullivan ('Classification Based Cognitive Functional Therapy'; CB-CFT) en
3. de 'Subgroup for Targeted Treatment (STaT) Back Screening Tool' (SBST).

Om na te gaan met welk classificatiesysteem patiënten met lage rugpijn het beste konden worden ingedeeld in behandelprofielen in de dagelijkse praktijk van de fysio- en oefentherapeut zijn de volgende uitgangsvragen geformuleerd.

Uitgangsvraag

Worden de volgende classificatiesystemen met daaraan gekoppelde gerichte behandeling aanbevolen voor de indeling in behandelprofielen in de praktijk van de fysio- en oefentherapeut?

- Het 'Treatment-based Classification System' volgens Delitto (TCS)
- De Cognitief Functionele Therapie volgens O'Sullivan ('Classification Based Cognitive Functional Therapy'; CB-CFT)
- Behandeling op basis van de 'STaT Back Screening Tool' (SBST).

Methode

Om na te gaan wat het effect was van de behandeling van patiënten die waren ingedeeld volgens een van de geselecteerde profielen is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn overwegingen in kaart gebracht met behulp van het 'GRADE Evidence-to-decision framework' (Alonso-Coello 2016a, Alonso-Coello 2016b).

Conclusies op basis van de literatuur

Voor de behandeling na classificatie volgens Delitto zijn zeer kleine (niet klinisch-relevante) effecten gevonden op de cruciale uitkomstmaten, met een zeer lage bewijskracht.

Voor de behandeling na classificatie volgens O'Sullivan zijn klinisch-relevante effecten gevonden op enkele cruciale uitkomstmaten, met een zeer lage bewijskracht.

Voor de behandeling na classificatie volgens de STaRT Back Screening Tool' (SBST) zijn kleine (niet klinisch-relevante) effecten gevonden op de cruciale uitkomstmaten, met een matige bewijskracht.

Conclusies op basis van de overwegingen

Op grond van bovenstaande raadt de werkgroep een indeling in behandelprofielen op basis van het TCS of het CB-CFT vooralsnog af, gezien het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing van de classificatiesystemen, onzekerheden omtrent de psychometrische eigenschappen van de systemen en beperkingen in de implementeerbaarheid ervan.

De werkgroep is van mening dat gebruik van de SBST mogelijk van waarde kan zijn voor de praktiserend fysio- of oefentherapeut, omdat de tool eenvoudig is in gebruik en duidelijk richting en structuur geeft aan de therapie, en daarmee de klinische besluitvorming kan vergemakkelijken. Echter, de effecten van de behandeling van de patiënten die met dit instrument zijn geassocieerd op kwaliteit van leven, pijn en fysiek functioneren zijn klein. Tevens is de kosteneffectiviteit van behandeling volgens de SBST in de Nederlandse setting nog onbekend. De werkgroep is daarom van mening dat het niet wenselijk is om het risico op aanhoudende klachten uitsluitend te baseren op de SBST, gezien de beperkte wetenschappelijke onderbouwing en omdat belangrijke prognostische factoren (bijvoorbeeld werkgerelateerde factoren) gemist kunnen worden. Een conditionele aanbeveling voor de SBST is daarmee gerechtvaardigd.

Noot B.3 Meetinstrumenten

Aanleiding

De afgelopen jaren hebben zich in de praktijk en op basis van de literatuur ontwikkelingen voorgedaan op grond waarvan herziening gewenst was van de aanbevelingen omtrent de meetinstrumenten zoals beschreven in de KNGF-richtlijn uit 2013 (KNGF 2013).

Uitgangsvraag

Welke meetinstrumenten brengen de ICF-domeinen en doelen het best in kaart?

Methode

Deze vraag is in overleg met werkgroep beantwoord door de aanbevolen en optionele meetinstrumenten te beschrijven die tijdens het diagnostisch proces ingezet kunnen worden. Hierbij is het 'Raamwerk Klinimetrie voor evidence-based products' gebruikt (KNGF 2016). De aanbevolen meetinstrumenten zijn vermeld in de Praktijkrichtlijn en de optionele meetinstrumenten in de Toelichting.

Conclusies op basis van de literatuur

Bij de beantwoording van de uitgangsvraag is gebruikgemaakt van wetenschappelijke literatuur over de ontwikkeling van een set met kernmeetinstrumenten voor patiënten met lage rugpijn vanuit drie initiatieven (Chiarotto 2018; ICHOM Working Group Members for Low Back Pain 2017; Verburg 2019). De werkgroep heeft ervoor gekozen om bij de keuze van de aanbevolen meetinstrumenten de domeinen 'pijn', 'fysiek functioneren' en 'activiteiten en participatie in ADL' te prioriteren. Er was consensus in de literatuur over het gebruik van de 'Numeric Pain Rating Scale' (NPRS) voor het in kaart brengen van de pijnintensiteit.

Voor het meten van fysieke activiteit zijn de volgende vragenlijsten beoordeeld op de hanteerbaarheid en de klinimetrische kwaliteit: de 'Oswestry Disability Index' (ODI), de 'Roland Morris Disability Questionnaire' (RMDQ) en de 'Quebec Back Pain Disability Scale' (QBPDS). De ODI, RMDQ en QBPDS zijn goed hanteerbaar voor de therapeut en de patiënt, en op basis van validiteit, reproduceerbaarheid en responsiviteit kan geen duidelijke voorkeur voor een van de drie worden uitgesproken.

Voor het meten van activiteiten en participatie in ADL zijn de Patiënt Specifieke Klachten (PSK) en de Patiënt Specifieke 'Goal-setting' methode (PSG) beoordeeld op de hanteerbaarheid en de klinimetrische kwaliteit. De PSK is eenvoudig in gebruik; afname neemt niet veel tijd in beslag en vraagt nagenoeg geen aanvullende expertise of ervaring van de therapeut en bovendien minimale inspanning van de patiënt. De PSG is de vernieuwde versie van de PSK. De PSG is tevens geschikt om samen met de patiënt doelen mee op te stellen. Voor juiste toepassing van het instrument in de praktijk is scholing noodzakelijk.

De PSK is voldoende responsief bevonden bij patiënten met lage rugpijn. Naar de validiteit en de reproduceerbaarheid van de Nederlandse versie van de PSK is geen onderzoek gedaan bij deze patiëntengroep. Bij patiënten met artrose van de heup of knie is de Engelse variant valide, betrouwbaar en responsief bevonden. Er is geen onderzoek bekend naar de klinimetrische kwaliteit van de PSG.

Conclusies op basis van de overwegingen

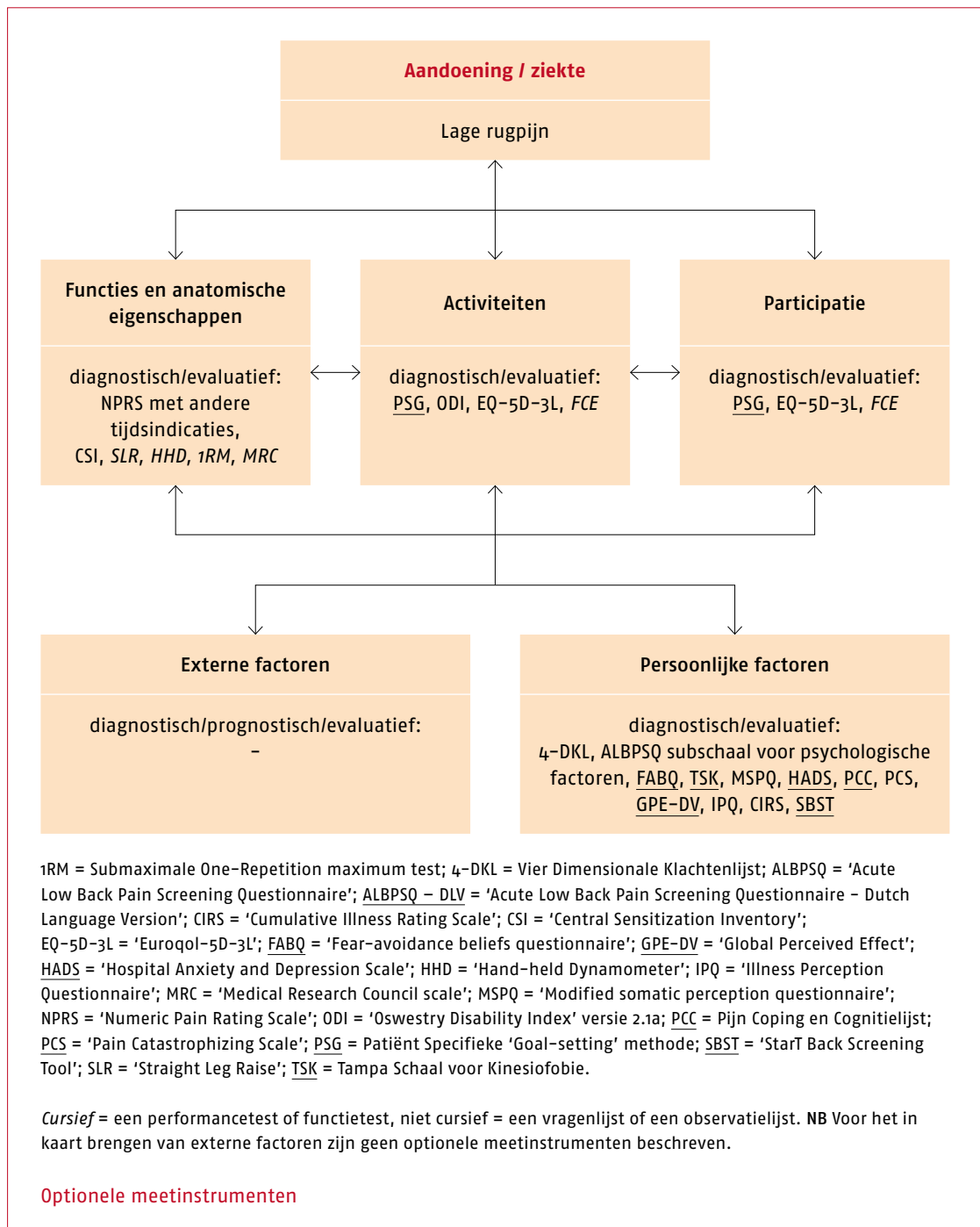
Als aanbevolen meetinstrumenten selecteert de werkgroep de NPRS voor de gemiddelde pijn in de afgelopen 24 uur, de QBPDS voor fysiek functioneren en de PSK voor activiteiten en participatie in ADL. De NPRS en de QBPDS zijn geselecteerd als aanbevolen meetinstrumenten vanwege de uniformiteit met de voorgaande richtlijn, waardoor reeds verzamelde en toekomstige gegevens vergelijkbaar blijven. Bovendien is de QBPDS een veel gebruikte vragenlijst in de dagelijkse praktijk in Nederland. Daarnaast bevordert deze keuze de implementeerbaarheid van de richtlijn.

De werkgroep selecteert de PSG als optioneel meetinstrument, omdat voor het gebruik van de PSG aanvullende scholing nodig is en de klinimetrische kwaliteit van dit instrument niet bekend is. Ook de ODI versie 2.1a en de RMDQ zijn als optionele meetinstrumenten geselecteerd.

De werkgroep is van mening dat er idealiter een combinatie van vragenlijsten en performance- of functietests geselecteerd dient te worden om de parameters in kaart te brengen. De werkgroep erkent echter dat er een gebrek is aan solide performance- en functietests om aan deze wens tegemoet te komen. De werkgroep adviseert daarom op basis van de uitkomsten van de vragenlijsten een aanvullende (bewegings)analyse of functietest uit te voeren.

De werkgroep is van mening dat de evaluatieve optionele meetinstrumenten zo veel mogelijk gericht dienen te worden op de hulpvraag van de patiënt en dat 'meten om het meten' niet wenselijk is.

Zie de figuur met de optionele meetinstrumenten en de parameters van die meetinstrumenten. Alle meetinstrumenten die in de richtlijn worden genoemd met bijbehorende interpretatie zijn beschikbaar via www.meetinstrumentenzorg.nl.



Parameters met de daaraan gekoppelde optionele meetinstrumenten

Parameter	Meetinstrument	Meetmoment	Opmerkingen
uitstraling in het been	'Straight Leg Raise' (SLR); het teken van Lasègue of omgekeerde test van Lasègue	intake	zie B.1.2 ' <u>Lichamelijk onderzoek</u> '
comorbiditeit	'Cumulative Illness Rating Scale' (CIRS)	intake	
activiteiten en participatie in ADL	Patiënt Specifieke 'Goal- setting' methode (PSG)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	als alternatief voor de PSK
participatie en werk	Functionele Capaciteit Evaluatie (FCE)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	zie B.1.2 ' <u>Lichamelijk onderzoek</u> '
	Dutch version of the 'Blue flags questionnaire'	intake	
pijn	NPRS met andere tijdsindicaties	intake, tussenevaluatie, afsluiting	in toevoeging op NPRS gemiddelde pijn in de afgelopen 24 uur
	'Central Sensitization Inventory' (CSI)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	
	'Illness Perception Questionnaire' (IPQ)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	
activiteiten	'Oswestry Disability Index' (ODI) versie 2.1a of de 'Roland Morris Disability Questionnaire' (RMDQ)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	als alternatief voor de QBPS
spierkracht	'Hand-held Dynamometer' (HHD), knie-extensie	intake, tussenevaluatie, afsluiting	
	Submaximale 'One-Repetition' maximum test (1RM)	tijdens behandeling	
motorische uitval	'Medical Research Council scale' (MRC)	intake	score $\leq 3/5$ in combinatie met gevoelsstoornissen optredend in minder dan 48 uur = rode vlag (zie B.1.3 ' <u>Rode vlaggen</u> ')
algemene gezondheids- toestand of gezond- heidsgerelateerde kwaliteit van leven	'Euroqol-5D-3L' (EQ-5D-3L)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	





Parameter	Meetinstrument	Meetmoment	Opmerkingen
psychologische en psychosociale stress	Vier Dimensionale Klachtenlijst (4-DKL)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	
	'Acute Low Back Pain Screening Questionnaire' (ALBPSQ) subschaal voor psychologische factoren	intake, tussenevaluatie, afsluiting	
pijngelateerde bewegingsangst	'Fear-avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	
	Tampa Schaal voor Kinesiofobie (TSK)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	
somatisatie	'Modified Somatic Perception Questionnaire' (MSPQ)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	
angst en/of depressie	'Hospital Anxiety and Depression Scale' (HADS)		
		intake, tussenevaluatie, afsluiting	
coping	Pijn Coping en Cognitielijst (PCCL)		
		intake, tussenevaluatie, afsluiting	
negatieve verwachtingen over herstel of catastroferen	'Pain Catastrophizing Scale' (PCS)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	
ervaren herstel	'Global Perceived Effect' (GPE-DV)	intake, tussenevaluatie, afsluiting	
risico op aanhoudende klachten	'STarT Back Screening' Tool (SBST)	intake, tussenevaluatie	ter ondersteuning van de indeling in behandelprofielen. <u>Zie B.2 'Indicatiestelling en behandelprofielen'</u>
	'Acute Low Back Pain Screening Questionnaire - Dutch Language Version' (ALBPSQ - DLV)	intake, tussenevaluatie	

Noot C.1 Voorlichting en (pijn)educatie

Aanleiding

De afgelopen jaren zijn er nieuwe inzichten ontstaan op het gebied van voorlichting en (pijn) educatie, waardoor een herziening van de informatie uit de KNGF-richtlijn uit 2013 (KNGF 2013) gewenst was.

Uitgangsvraag

Welke voorlichting en (pijn)educatie wordt aanbevolen voor patiënten met lage rugpijn?

Methode

Voor de beantwoording van de uitgangsvraag is in overleg met de werkgroep gebruikgemaakt van literatuur die is geïdentificeerd op basis van een systematische zoekactie naar evidence-based richtlijnen en systematische literatuuronderzoeken. Deze zoekactie is aangevuld met informatie uit nationale richtlijnen voor lage rugpijn. De resultaten zijn op een narratieve wijze geanalyseerd en descriptief verwerkt.

De aanbevelingen zijn tot stand gekomen conform de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2019' (KNGF 2019).

Conclusies op basis van de literatuur

Voorlichting

Voorlichting heeft als doel kennis, houding en gedrag van een persoon die naar de voorlichting luistert te beïnvloeden, als ook de patiënten en hun naasten inzicht te geven in de aandoening of ziekte en de behandeling hiervan (Perez 2017). Door deze voorlichting is de patiënt in staat betere afwegingen te maken en beslissingen te nemen ten aanzien van zijn klachten (Perez 2017). Voor alle patiënten met lage rugpijn wordt voorlichting aanbevolen (Almeida 2018; Lin 2019; Oliveira 2018). De voorlichting vindt zowel in het voortraject, tijdens de behandeling als in de nazorg plaats (Nederlandse Vereniging voor Neurologie 2020).

Terugkerende thema's in de recente literatuur ten aanzien van de inhoud van de voorlichting bij lage rugpijn zijn:

- Het belang van het verstrekken van informatie en het bieden van geruststelling over de aard en de diagnose van de lage rugpijn (Almeida 2018; Lim 2019; NHG-Werkgroep Standaard Aspecifieke lage rugpijn 2017).
- Het belang van het verstrekken van informatie over de behandelopties (Lim 2019; NHG-Werkgroep Standaard Aspecifieke lagerugpijn 2017).
- Het belang van het bieden van zekerheid over de prognose van de lage rugpijn (Almeida 2018; Lim 2019; Lin 2019; Oliveira 2018; Stochkendahl 2018; Van Wambeke 2019).
- Het belang taal te vermijden die angst voor pijn en catastrofaal denken bevordert, zoals de volgende termen: letsel, degeneratie of slijtage (Almeida 2018).
- Het belang van aanmoediging om actief te blijven en het beperken van bedrust (Almeida 2018; Lin 2019; NHG-Werkgroep Standaard Aspecifieke lagerugpijn 2017; Oliveira 2018; Stochkendahl 2018; Van Wambeke 2017).
- Het stimuleren van eigen regie voor het herstel, het belang van actieve copingstrategieën, positieve emoties en een gezonde leefstijl (Almeida 2018; Perez 2017; Van Wambeke 2017).





- Het belang van duidelijke, consistente en gepersonaliseerde informatie (Lim 2019).
- Het belang van ondersteuning van de voorlichting met modellen, filmpjes, folders en/of een keuzehulp (Nederlandse Vereniging voor Neurologie 2020).

(Pijn)educatie

Bij sommige patiënten is voorlichting alleen niet voldoende. (Pijn)educatie gaat verder dan voorlichting. De 'Zorgstandaard Chronische Pijn', die is gericht op algemene chronische pijn, schrijft het volgende over (pijn)educatie: *'Middels (pijn)educatie worden er doelgericht voorwaarden gecreëerd en vindt er een organisatie van activiteiten en leerprocessen met het oog op het vergroten van kennis en inzicht plaats, alsmede het verbeteren van meningsvorming, het teweegbrengen van gedragsveranderingen en het aanleren van vaardigheden'* (Perez 2017). Volgens deze zorgstandaard kan een eenzijdig biomedische benadering van pijnklachten door een zorgprofessional bijdragen aan het in stand houden van de pijn. Op korte of lange termijn kan een eenzijdige benadering leiden tot beperkingen in het dagelijks leven en tot een nadelige beleving van de pijn (bijvoorbeeld het overschatten van ernst en invloed van pijn, het catastroferen (Perez 2017). In de laatste jaren heeft er een verschuiving plaatsgevonden naar biopsychosociale educatie, waarin de functie van de wervelkolom, informatie over actief blijven en informatie over de coping met de pijn centraal staan. De biopsychosociale (pijn)educatie is mogelijk effectief bij de behandeling van lage rugpijn (Hurley 2016).

De uitleg kan variëren van een algemene voorlichting tot intensieve (pijn)educatie en wordt afgestemd op het kennisniveau en problematiek van de patiënt en zijn omgeving (Perez 2017).

Zorgstandaard Chronische Pijn

De 'Zorgstandaard Chronische Pijn' beschrijft de volgende aandachtspunten bij (pijn)educatie:

- Gebruik Iekentaal.
- Erken de pijn. Benoem de pijn niet als 'psychisch' of 'ingebeeld'.
- Betrek 'eigen' verklaringen van de patiënt in de (pijn)educatie.
- Licht de werking van het zenuwstelsel en het pijnsysteem toe.
- Benoem de betekenis van pijn, pijn is niet (alleen) een teken van schade.
- Benoem de gevolgen van langdurige pijn op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak.
- Geef uitleg over het biopsychosociaal model van pijn.
- Bespreek de eigen rol en mogelijkheden van de patiënt.
- Benoem de rollen, taken en mogelijkheden van verschillende zorgprofessionals.
- Bespreek de werkwijze en uitgangspunten van de behandeling (Perez 2017).

Conclusies op basis van de overwegingen

Tijdens de knelpuntenanalyse in de focusgroep gaven de aanwezige fysio- en oefentherapeuten aan dat de term aspecifiek geen recht doet aan de klachten van de patiënt en een negatieve associatie kan opwekken. Er is daarom besloten om in de richtlijn een aanbeveling op te nemen over het vermijden van de term aspecifiek.

'Stel de patiënt gerust' is een veel voorkomend advies aan de zorgverlener die te maken heeft met patiënten met lage rugpijn. Vanuit de literatuur zijn er echter aanwijzingen dat een geruststellende boodschap die gericht is op het bieden van informatie over een goede prognose van lage rugpijn, vooral toereikend is voor patiënten die weinig stress vertonen en een adaptief pijnresponspatroon hebben. Voor andere patiëntengroepen kan deze boodschap onvoldoende

of zelfs contraproductief zijn (Hasenbring 2015). Patiënten met lage rugpijn hebben behoefte aan duidelijke consistente en gepersonaliseerde informatie over de prognose, behandelopties en zelfmanagementstrategieën (Lim 2019; Traeger 2017).

De werkgroep is dan ook van mening dat het van belang is de volgende onderwerpen eerlijk te bespreken.

- De aard van de lage rugpijn: In de meeste gevallen heeft rugpijn een onschuldig karakter.
- De diagnose: Vaak is geen duidelijke oorzaak van de rugpijn aantoonbaar (zie [A.2.1 'Epidemiologie, pathofysiologie en comorbiditeit'](#)).
- Het beloop van de lage rugpijn: Na een maand is ongeveer een kwart en na drie maanden ongeveer de helft van de mensen volledig hersteld ten aanzien van pijn en fysieke activiteit. Hierna verloopt het herstel langzamer en een deel van de patiënten behoudt pijn en functionele problemen.
- De prognose: Een tot twee op de drie mensen maakt kans op een recidief binnen een jaar na herstel van een eerdere episode. Lage rugpijn is voor veel mensen een dynamische conditie waarbij episoden van weinig tot geen rugpijn worden afgewisseld met episoden van matige tot ernstige rugpijn. De veronderstelling is dat een aantal factoren bijdragen aan het ontstaan van lage rugpijn of het optreden van een nieuwe episode van lage rugpijn en dat een aantal factoren de prognose beïnvloeden (zie [A.2.4 'Etiologische en prognostische factoren'](#)).

Hoewel er veel systematisch literatuuronderzoek is uitgevoerd naar voorlichting en (pijn)educatie van lage rugpijn blijft er onzekerheid over wanneer voorlichting niet meer voldoende is en er overgegaan moet worden op (pijn)educatie. De werkgroep is van mening dat pijneducatie het beste past bij patiënten met behandelprofiel 3, bijvoorbeeld indien er sprake is van irreële pijngerelateerde bewegingsangst en/of catastroferen.

Noot C.2.1 Oefentherapie

Aanleiding

Oefentherapie kan bestaan uit verscheidene vormen van fysieke activiteit, met als gemeenschappelijk doel het functioneren van een persoon te verbeteren. De interventie oefentherapie beslaat een grote diversiteit aan oefeningen die zijn gebaseerd op verschillende theoretische modellen. Oefentherapie kan onder supervisie van een therapeut plaatsvinden in de praktijk, of zelfstandig uitgevoerd worden in de thuissituatie of in de buitenlucht, en kan individueel of in groepsverband plaatsvinden.

Uit de knelpuntanalyse bleek dat er behoefte is aan een uitspraak over het nut van verschillende soorten oefentherapie. Uiteindelijk heeft de werkgroep oefentherapie in het algemeen, 'Motor Control Exercises' (MCE) en Mechanische Diagnose en Therapie (MDT) volgens McKenzie geprioriteerd. Uit de knelpuntanalyse kwam ook naar voren dat er behoefte is aan een uitspraak over welke vorm van oefentherapie geïndiceerd is voor welke patiënt en waar de oefentherapie aan moet voldoen.

Uitgangsvragen

1. Worden oefentherapie in het algemeen, 'motor control exercises' en Mechanische Diagnose en Therapie (MDT) volgens McKenzie aanbevolen bij patiënten met lage rugpijn?
2. Welke vorm van oefentherapie wordt aanbevolen bij welke patiënt?

Methode

Voor de beantwoording van de uitgangsvraag is in overleg met de werkgroep gebruikgemaakt van literatuur die is geïdentificeerd op basis van een systematische zoekactie naar evidence-based richtlijnen en systematische literatuuronderzoeken. Deze zoekactie is aangevuld met informatie uit nationale richtlijnen voor lage rugpijn. De resultaten zijn op een narratieve wijze geanalyseerd en descriptief verwerkt.

De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van het GRADE Evidence-to-decision framework (Alonso-Coello 2016ab).

Conclusie op basis van de literatuur

Oefentherapie algemeen

Op basis van de zoekactie zijn 15 systematische literatuuronderzoeken geïdentificeerd die de effectiviteit van oefentherapie beschrijven. Bij patiënten met acute en subacute lage rugpijn zijn op pijn en fysiek functioneren geen klinisch-relevante effecten van oefentherapie gevonden in vergelijking met geen oefentherapie, met een lage bewijskracht. Ook wanneer oefentherapie wordt vergeleken met een andere conservatieve behandeling bij patiënten met acute en subacute lage rugpijn worden geen klinisch-relevante verschillen gevonden. Dit geldt voor de korte en lange termijn. Bij patiënten met chronische lage rugpijn is in het meest recente systematisch literatuuronderzoek van hoge methodologische kwaliteit een klinisch-relevant effect gevonden van oefentherapie in vergelijking met geen oefentherapie op pijn (MD -10,7 op een schaal van 0 tot 100; 95%-BI -14,1 tot -7,4; 2466 deelnemers) en fysiek functioneren (MD -10,2 op een schaal van 0 tot 100; 95%-BI -13,1 tot -7,3; 2366 deelnemers) op korte termijn, met een redelijke bewijskracht (Hayden 2019). Voor oefentherapie in vergelijking met een andere conservatieve behandeling worden conflicterende resultaten gevonden voor pijn en fysiek functioneren op korte termijn; de kleine (niet klinisch-relevante) effecten soms in het voordeel van oefentherapie en soms in het voordeel van de andere conservatieve behandeling. Op lange termijn zijn op deze uitkomstmaten helemaal geen klinisch-relevante effecten gevonden van oefentherapie in vergelijking met geen oefentherapie of een andere vorm van oefentherapie.

Motor Control Exercises (MCE)

De effectiviteit van 'motor control exercise' (MCE) in vergelijking met geen behandeling bij patiënten met acute lage rugpijn is onbekend. Over de effecten van MCE bij acute lage rugpijn in vergelijking met een ander vorm van oefentherapie of met manuele therapie is veel onzeker gezien de overwegend lage bewijskracht. Het beschikbare wetenschappelijk bewijs toont geen klinisch-relevante verschillen tussen MCE en een ander vorm van oefentherapie of manueel therapie op pijn op fysiek functioneren op korte en lange termijn.

Bij patiënten met chronische lage rugpijn is er bewijs gevonden voor een klinisch-relevant effect op pijn wanneer MCE wordt vergeleken met een minimale interventie (placebofysiotherapie, educatie of advies en geen behandeling) op korte en lange termijn, maar geen klinisch-relevant effect op fysiek functioneren (bewijskracht laag tot redelijk). Er is echter geen klinisch-relevant verschil aangetoond tussen MCE en een ander vorm van oefentherapie op pijn en fysiek functioneren op korte en lange termijn (lage tot hoge bewijskracht).

Mechanische Diagnose en Therapie (MDT) volgens McKenzie

Over de effecten van de MDT bestaan veel onzekerheden als gevolg van een (zeer) lage bewijskracht van de onderzoeken hiernaar. De effectiviteit van MDT in vergelijking met niets doen/afwachten/placebo/sham (passieve therapie) bij patiënten met acute, subacute of chronische lage rugpijn is onbekend.

Er bestaat conflicterend bewijs voor een kortetermijneffect van MDT op pijn bij patiënten met acute lage rugpijn. In systematische literatuuronderzoeken werden bij vergelijking met een andere interventie wel klinisch-relevante verschillen gevonden, maar bij vergelijking met passieve therapie niet. Op fysiek functioneren is helemaal geen klinisch-relevant kortetermijneffect van de MDT gevonden bij deze patiëntengroep.

Bij patiënten met chronische lage rugpijn leidt MDT in vergelijking met een andere interventie niet tot klinisch-relevante effecten op pijn en fysiek functioneren op korte termijn en het effect van de methode op lange termijn is bij deze patiëntengroep niet bekend. Mogelijk is behandeling volgens deze methode effectiever wanneer meer aandacht wordt besteed aan de classificatie van patiënten en specifieke training van de therapeuten.

Conclusies op basis van de overwegingen

Oefentherapie algemeen

Bij patiënten met chronische lage rugpijn leidt oefentherapie tot een klinisch-relevante vermindering van pijn en verbetering van fysiek functioneren op korte termijn wanneer oefentherapie wordt vergeleken met geen oefentherapie, met een redelijke bewijskracht. Over de effectiviteit van oefentherapie in vergelijking met geen oefentherapie op lange termijn is nog veel onzeker. Ook is nog onzeker of oefentherapie bij patiënten met acute lage rugpijn effectief is. Toch is de werkgroep van mening dat oefentherapie aanbevolen kan worden bij patiënten met lage rugpijn.

De werkgroep is tot dit besluit gekomen op basis van de volgende overwegingen:

- Oefentherapie, indien op de juiste manier uitgevoerd, wordt beoordeeld als veilig.
- Er zijn aanwijzingen uit recente wetenschappelijke literatuur dat oefentherapie voor patiënten met subacute en chronische lage rugpijn kosteneffectief is vergeleken met de gebruikelijke zorg en gepaard gaat met een besparing van de kosten voor de gezondheidszorg.
- De aanbeveling heeft betrekking op patiënten bij wie is vastgesteld dat er sprake is van een indicatie voor fysio- of oefentherapie. Binnen deze groep patiënten is oefentherapie in combinatie met voorlichting en (pijn)educatie de voornaamste interventie op basis waarvan een fysiologisch effect te verwachten valt.
- Oefentherapie bij patiënten met lage rugpijn wordt binnen de gezondheidszorg aanvaard als belangrijke interventie en wordt aanbevolen in (inter)nationale richtlijnen (onder andere de 'NHG Standaard Aspecifieke lage rugpijn', de 'NHG Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom', de 'Richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS)' van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, de richtlijn van het 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE), de richtlijn van het 'Belgian Health Care Knowledge Centre' (KCE), de richtlijn van de 'Danish Health Authority' en de richtlijn van het 'American College of Physicians').
- Oefentherapie stimuleert een actieve leefstijl en de zelfredzaamheid van de patiënt; dit sluit aan bij de nadruk die binnen de richtlijn gelegd wordt op een actieve aanpak.

De werkgroep is dan ook van mening dat oefentherapie sterk aanbevolen wordt bij patiënten met een indicatie voor fysiotherapie binnen profiel 2 en 3. Voor patiënten met lage rugpijn die zijn ingedeeld in profiel 1 is een conditionele aanbeveling geformuleerd. Instructies voor zelfstandig uit te voeren oefeningen kunnen worden overwogen indien die aansluiten bij de hulpvraag of de zorgbehoefte van de patiënt.

De huidige literatuur geeft geen uitsluitsel over welke vorm van oefentherapie geïndiceerd is bij welke patiënt (zie ook [B.2.1 'Classificatiesystemen'](#)). Over het algemeen blijkt uit het literatuuronderzoek niet dat de ene vorm van oefentherapie effectiever is dan de andere. De werkgroep is van mening dat de keuze gemaakt wordt op basis van de behoefte, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt en de kennis en vaardigheden van de therapeut.

Op basis van de profielindeling wordt intensievere therapie aanbevolen bij patiënten met een hoger risico op aanhoudende lage rugpijn en minder intensieve therapie bij patiënten met een lager risico daarop (zie [B.2 'Indicatiestelling en behandelprofielen'](#)). Het beheersbaar houden van de kosten speelt een belangrijke rol bij deze aanbeveling.

Alhoewel er nog onzekerheden bestaan over de kosteneffectiviteit van oefentherapie in groepsverband ten opzichte van individuele therapie, acht de werkgroep het aannemelijk dat oefentherapie in groepsverband tot een kostenbesparing kan leiden. Oefentherapie in groepsverband leent zich met name voor de langere behandeltrajecten, waarbij herhaalde prikkels (fysiologisch maar ook voorlichting en educatie en lotgenotencontact) kunnen bijdragen aan herstel. Om te kunnen starten met groepsbehandelingen is een traject met een of meerdere individuele zittingen vrijwel altijd voorwaardelijk. Een bijkomend voordeel van groepstherapie is de langere duur per behandelsessie en de bijbehorende ruimte om een adequate trainingsprikkel te leveren. De werkgroep is dan ook van mening dat oefentherapie in groepsverband kan worden overwogen bij patiënten in profiel 2 en 3 in aansluiting op een of meerdere individuele sessies, indien de therapeut inschat dat die benadering leidt tot een sneller herstel.

Motor Control Exercises (MCE) en MDT

De resultaten van het literatuuronderzoek tonen aan dat MCE leidt tot een klinisch-relevant effect op pijn vergeleken met geen oefentherapie bij patiënten met chronische lage rugpijn op korte en lange termijn, maar geen klinisch-relevant effect op fysiek functioneren (bewijskracht laag tot redelijk). Over de effectiviteit van MDT bij patiënten met lage rugpijn bestaan veel onzekerheden. Dit komt met name omdat de effectiviteit van MDT niet afdoende is vergeleken met de effectiviteit van geen oefentherapie. Er zijn geen klinisch-relevante verschillen gevonden tussen de effectiviteit van MDT en een andere interventie of een andere vorm van oefentherapie. Bovendien is het gevonden bewijs overwegend van lage kwaliteit. De werkgroep is van mening dat er geen bezwaren zijn om MCE of MDT te overwegen indien de therapeut over de expertise beschikt om deze methoden toe te passen.

Noot C.2.2 Type en dosering van de oefentherapie

Aanleiding

Oefentherapie wordt aanbevolen voor patiënten met lage rugpijn. De dosering, in combinatie met de duur van de volledige interventie en de therapietrouw, kunnen bijdragen aan de daadwerkelijke werkzaamheid van de oefentherapie (Geneen 2017). Hierbij is het van belang de gewenste fysiologische reactie op te wekken op basis van de juiste trainingsprikkel (dosis-responsreactie). Onder de dosering van een interventie wordt de hoeveelheid fysieke activiteit

verstaan die voor een bepaalde taak wordt geleverd. Dosering wordt gerapporteerd in termen van frequentie, duur (van een individuele sessie) en intensiteit (bestede tijd en/of weerstand of inspanning gedurende een bepaalde periode) (Gallois 2017). De dosering van de oefentherapie wordt in de dagelijkse praktijk afgestemd op de behandeldoelen en is afhankelijk van de aangrijpingspunten voor therapie die zijn vastgesteld tijdens het diagnostisch proces. De American College of Sports Medicine maakt onderscheid tussen oefentherapie ter verbetering van de spierkracht, het aerobe uithoudingsvermogen, de flexibiliteit en de neuromotorische controle (Garber 2011). Onder neuromotorische oefentherapie vallen onder andere balans, coördinatie en proprioceptietraining (Garber 2011). Om de werkzaamheid van oefentherapie in de dagelijkse praktijk te optimaliseren, wordt in deze module ingegaan op de dosering die nodig is om de gewenste fysiologische trainingsprikkel te kunnen leveren.

Uitgangsvraag

Welke frequentie, intensiteit, type en tijdsduur van oefentherapie wordt aanbevolen voor patiënten met lage rugpijn?

Methode

Voor de beantwoording van de uitgangsvraag is in overleg met de werkgroep gebruikgemaakt van literatuur die is geïdentificeerd op basis van een systematische zoekactie naar evidence-based richtlijnen en systematische literatuuronderzoeken. Deze zoekactie is aangevuld met informatie uit nationale richtlijnen voor lage rugpijn. De resultaten zijn op een narratieve wijze geanalyseerd en descriptief verwerkt. De informatie is aangevuld met de aanbevelingen voor het meten en voorschrijven van oefentherapie van de 'American College of Sports Medicine' (ACSM) (American College of Sports Medicine 2017; Garber 2011).

De aanbevelingen zijn tot stand gekomen conform de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2019' (KNGF 2019).

Conclusies op basis van de literatuur

Oefentherapie wordt aanbevolen in de meeste (inter)nationale richtlijnen van hoge methodologische kwaliteit. Er worden echter in geen enkele richtlijn specifieke aanbevelingen gedaan over de frequentie, de intensiteit en het type oefentherapie of de tijdsduur van de oefentherapie. Op basis van consensus in richtlijnwerkgroepen wordt beschreven dat de inrichting van de oefentherapie van belang lijkt voor de bevordering van therapietrouw en stimulering van het zelfmanagement. Bijvoorbeeld door de oefentherapie af te stemmen op de behoeften, mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt, en door rekening te houden met een dosering waarmee de patiënt de oefentherapie vol kan houden.

Binnen de ACSM-richtlijnen worden vier componenten beschreven die van belang zijn bij het voorschrijven van oefentherapie: Frequentie, Intensiteit, Tijd en Type (FITT). De ACSM heeft de eerste drie componenten verwerkt in zijn aanbevelingen voor oefentherapie voor patiënten met lage rugpijn ter verbetering van de spierkracht, het aerobe uithoudingsvermogen en de flexibiliteit. Daarnaast heeft de ACSM een aantal aanvullende aanbevelingen geformuleerd voor de oefentherapie bij deze patiëntengroep. De ACSM heeft geen aanbevelingen opgenomen die zijn gericht op neuromotorische oefentherapie bij lage rugpijn. Hun aanbevelingen over deze vorm van neuromotorische oefentherapie betreffen gezonde deelnemers.

Conclusies op basis van de overwegingen

De wetenschappelijke literatuur geeft geen uitsluitsel over welke oefentherapie wordt aanbevolen bij welke patiënt. Op basis van de overige overwegingen acht de werkgroep het van belang ten behoeve van de haalbaarheid en om therapietrouw te stimuleren, de oefentherapie te richten op de behoeften, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt zoals vastgesteld tijdens de anamnese en het lichamelijk onderzoek. De werkgroep volgt de type-indeling van de ACSM-richtlijnen in oefentherapie ter verbetering van de spierkracht, het aerobe uithoudingsvermogen, de flexibiliteit en de neuromotorische controle. Dit geldt ook voor de uitvoering, waarmee frequentie, intensiteit en tijdsduur van de oefentherapie wordt bedoeld. De werkgroep acht het daarnaast van belang dat bij de keuze voor de dosering van de oefentherapie rekening wordt gehouden met de haalbaarheid voor de patiënt. Zo wordt de oefentherapie afgestemd op comorbiditeit die het fysiek functioneren belemmert. Bij het bepalen van de duur van de oefentherapie zijn de hulpvraag en de behandeldoelen leidend. Wel acht de werkgroep het van belang de duur van de oefentherapie voor aanvang van de behandeling vast te leggen en de begeleiding zo snel mogelijk af te bouwen, waarbij de zelfredzaamheid van de patiënt zo veel mogelijk gestimuleerd wordt.

Noot C.3 Gedragsgeoriënteerde behandeling

Aanleiding

In de knelpuntanalyse werd aangegeven dat er behoefte is aan uitspraken over het nut van verschillende vormen van gedragsgeoriënteerde behandeling bij patiënten met lage rugpijn. In deze noot wordt een overzicht gegeven van de effectiviteit van gedragsgeoriënteerde behandelvormen en worden de overige overwegingen in kaart gebracht. De uiteindelijke aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van de gegevens over de effectiviteit van de verschillende behandelvormen in combinatie met overige overwegingen.

Uitgangsvragen

- Worden gedragsgeoriënteerde behandelingen die worden uitgevoerd door een oefen- of fysiotherapeut aanbevolen?
- Welke vorm van gedragsgeoriënteerde behandeling wordt aanbevolen bij welke patiënt?

Onderzoek heeft aangetoond dat factoren als psychologische distress, pijngerelateerde bewegingsangst, depressieve gevoelens, passieve coping en negatieve verwachtingen over herstel of catastrofen invloed hebben op pijnbeleving en pijngewaarwording, verminderd fysiek functioneren en kwaliteit van leven (Lee 2015; Linton 2000; Wertli 2014). In de loop der jaren is het traditionele biomedische paradigma vervangen door het biopsychosociale paradigma waarin meer aandacht is voor de rol van psychologische en sociale factoren bij het ontstaan en voortduren van lage rugpijn. Deze paradigmashift in de benadering van patiënten met pijnklachten heeft ervoor gezorgd dat programma's voor patiënten met chronische pijn zich meer en meer zijn gaan richten op het veranderen van gedachten en gedrag van de patiënt omtrent de pijn, met als doel fysieke activiteit en participatie te optimaliseren in plaats van pijn te verminderen.

Behandelvormen die zich richten op een andere manier van omgaan met pijnklachten worden aangeduid met gedragsgeoriënteerde interventies. Deze behandelvormen maken gebruik van operante (bijvoorbeeld 'graded activity'), cognitieve ('exposure in vivo') en respondente leerprocessen (bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen, mindfulness en elektromyografie

biofeedbacktraining [EMG biofeedback]) (KNGF 2013). Onder gedragsgeoriënteerde behandelinterventies vallen ook interventies als 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT) en gesprekstechnieken (bijvoorbeeld 'motivational interviewing') (McCracken 2014). Pijneducatie, waaronder het anders leren omgaan met pijn en angst, zijn basale onderdelen van 'graded activity' en 'exposure' in vivo en is beschreven in [C.1 'Voorlichting en \(pijn\)educatie'](#).

Methode

Voor de beantwoording van de uitgangsvraag is in overleg met de werkgroep gebruikgemaakt van literatuur die is geïdentificeerd op basis van een systematische zoekactie naar evidence-based richtlijnen en systematische literatuuronderzoeken. Deze zoekactie is aangevuld met informatie uit nationale richtlijnen voor lage rugpijn. De resultaten zijn op een narratieve wijze geanalyseerd en descriptief verwerkt. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van het 'GRADE Evidence-to-decision framework' (Alonso-Coello 2016ab).

Conclusies op basis van de literatuur

Conclusies op basis van evidence-based richtlijnen van hoge methodologische kwaliteit

De multidisciplinaire richtlijnen van het 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE) en het 'Belgian Health Care Knowledge Centre' concluderen dat gedragsgeoriënteerde behandeling meerwaarde heeft in aanvulling op fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling bij patiënten met lage rugpijn (De Campos 2017; Van Wambeke 2019). Er is geen bewijs voor de effectiviteit van geïsoleerde vormen van gedragsgeoriënteerde behandeling. Gedragsgeoriënteerde behandeling in combinatie met oefentherapie is mogelijk kosteneffectief ten opzichte van interventies zonder aandacht voor psychosociale factoren. Cognitieve gedragstherapie dient overwogen te worden voor personen met lage rugpijn, met of zonder radiculare pijn, maar enkel als onderdeel van een multimodale behandeling met een begeleid oefenprogramma. De richtlijn van de 'American College of Physicians' (ACP) beveelt voor mensen met chronische lage rugpijn (klachtenduur > 12 weken) (Qaseem 2017a) het volgende aan: op stressreductie gerichte mindfulness (redelijke bewijskracht), progressieve ontspanningstherapie, EMG-feedback, operante therapie en cognitieve gedragstherapie (lage bewijskracht).

Conclusies op basis van recente systematische literatuuronderzoeken

Een zoekstrategie (periode 2015–2020) naar systematische literatuuronderzoeken waarin de effectiviteit van gedragsgeoriënteerde behandelingen bij patiënten met lage rugpijn werd onderzocht én waarbij behandelingen geheel of in belangrijke mate waren uitgevoerd door fysiotherapeuten of andere paramedici leverde acht literatuuronderzoeken op (Baez 2018; Barbari 2019; Bostick 2017; Hajihassani 2019; Hall 2018; Mariano 2018; Van Erp 2019; Zhang 2019). In drie literatuuronderzoeken (Hall 2018; Van Erp 2019; Zhang 2019) waren alle gedragsgeoriënteerde behandelingen uitgevoerd door fysiotherapeuten en in de overige vijf literatuuronderzoeken waren deze geheel of in een belangrijke mate uitgevoerd door paramedici. Twee literatuuronderzoeken poolden de resultaten (Hall 2018; Zhang 2019), en de overige zes presenteerden een narratieve synthese van de geïncludeerde studies.

De literatuuronderzoeken vonden over het algemeen positieve effecten van gedragsgeoriënteerde behandeling (wel of niet in aanvulling op fysiotherapie) ten opzichte van diverse soorten controlebehandelingen, op pijn en/of fysiek functioneren op de korte en/of lange termijn. De effecten varieerden van klein en niet klinisch-relevant tot redelijk en klinisch relevant. De positieve

effecten op pijn en fysiek functioneren leken minder duidelijk of inconsistent indien de gedragsgeoriënteerde behandeling werd vergeleken met een fysiek actieve behandeling. De effectiviteit van gedragsgeoriënteerde behandeling was gunstiger indien deze werd afgestemd op de patiënt. Meerdere onderzoekers gaven aan dat het belangrijk is dat fysiotherapeuten getraind zijn in het uitvoeren van gedragsgeoriënteerde behandelingen. Drie literatuuronderzoeken (Barbari 2019; Van Erp 2019; Zhang 2019) evalueerden de ongewenste effecten van gedragsgeoriënteerde behandeling. Zij concludeerden dat deze behandelingen niet vaak waren onderzocht, maar dat de kans op ongewenste effecten waarschijnlijk niet groot is en deze zelden of nooit ernstig zijn. In twee literatuuronderzoeken (Hall 2018; Van Erp 2019) waarin de bewijskracht volgens de GRADE-methodiek werd onderzocht, concludeerden de onderzoekers dat de bewijskracht voor de effectiviteit van gedragsgeoriënteerde behandelingen redelijk tot hoog is. De werkgroep constateert echter dat er nog veel onzekerheden zijn. Zo zijn er weinig (grote) studies beschikbaar en is er onzekerheid in hoeverre resultaten van studies met elkaar vergeleken kunnen worden. Zo bevatten RCT's een grote verscheidenheid aan behandelaars, behandelwijzen, en behandeluren en is het vaak onmogelijk valide meta-analyses uit te voeren. De resultaten van de acht literatuuronderzoeken dienen bovendien met enige terughoudendheid te worden beoordeeld, omdat ze alle een 'critically low' kwaliteit scoren volgens de AMSTAR 2-methode (Shea 2017).

Conclusies op basis van de overwegingen

Er is mogelijk een positief effect van gedragsgeoriënteerde behandeling op pijn en fysiek functioneren in aanvulling op oefentherapie bij patiënten met lage rugpijn met of zonder uitstraling in geval er dominante psychologisch herstelbelemmerende factoren aanwezig zijn. Doordat de bewijskracht overwegend laag is en de effecten variëren, acht de werkgroep een conditionele aanbeveling ('overweeg') voor het toepassen van gedragsgeoriënteerde behandeling op zijn plaats.

De praktijk

Fysio- en oefentherapeuten beïnvloeden dagelijks de gedachten en het gedrag van hun patiënten. Hierbij worden technieken en methoden gebruikt zoals educatie, 'motivational interviewing', het pijn-gevolgenmodel (Van Erp 2018), gedragslenzen (Elbers 2018), maar ook begrijpend luisteren, het inventariseren van de hulpvraag, geruststellen en het inspelen op iemands behoeften, of aan de patiënt laten zien en die laten ervaren wat mogelijk is. De mate van complexiteit bepaalt welke gedragsgeoriënteerde technieken of interventies geïndiceerd zijn. Bij profiel 1 en 2 volstaat een gedegen uitleg en focus op het biopsychosociaal model. Bij profiel 3 wordt in dit opzicht meer van de therapeut verwacht. Bij het inzetten van gedragsgeoriënteerde interventies zijn goede communicatieve vaardigheden cruciaal (Stewart 2018). Vanuit wederzijds vertrouwen kan de patiënt worden gemotiveerd tot bewegen en therapietrouw, en kan er worden toegewerkt naar het goed kunnen omgaan met de lage rugpijn en de gevolgen ervan (zelfmanagement), en naar het verwerven van het vermogen het leven te leiden zoals men dat zou willen in fysiek, sociaal en psychisch opzicht (eigen regie) (Du 2017; Oliveira 2012).

De werkgroep benadrukt het belang van het gebruik van vragenlijsten voor het in kaart brengen van de psychosociale factoren (zie [B.3 'Meetinstrumenten'](#)), om te voorkomen dat belangrijke herstelbelemmerende of -bevorderende factoren onderbelicht blijven, met negatieve gevolgen voor het klinisch redeneerproces en de behandelresultaten. Bovendien kunnen de vragenlijsten als ondersteuning worden gebruikt om het gesprek aan te gaan met de patiënt en het proces van bewustwording te bevorderen.

Tijdcontingent oefenprogramma

Bij het hervatten of uitbreiden van activiteiten wordt aanbevolen stapsgewijs fysiek functioneren en participatie te verbeteren met een tijdcontingent programma. Door het aanbieden van een gestructureerd programma waarin afspraken worden gemaakt over wat (welke activiteit), hoe (op welke manier precies), wanneer (op welke dagen en tijdstippen) en waar (op welke locatie) wordt gedaan, wordt de wijze en snelheid van opbouw niet (meer) gedictieerd door de mate van pijn die iemand ervaart. Door het loskoppelen van activiteiten en pijn leert de patiënt dat bewegen kan en positieve effecten sorteert. Dit kan ertoe leiden dat de patiënt vertrouwen in eigen kunnen opbouwt en plezier in bewegen (her)wint. Meer kennis, meer vaardigheden en een groter zelfvertrouwen ten aanzien van het omgaan met rugpijn motiveert de patiënt om op een andere wijze om te gaan met zijn klachten (zelfmanagement) en verantwoordelijkheid te nemen voor het verbeteren van het functioneren op de verschillende domeinen van ervaren gezondheid (Huber 2016) en kwaliteit van leven (eigen regie) (Köke 2014). Om te komen tot een succesvol stapsgewijs tijdcontingent programma is het van belang dat de patiënt actief participeert en betekenisvolle doelen formuleert en dat therapeut goed op de hoogte is van de motieven die de patiënt heeft als deze aan de behandeling begint (Veenhof 2006).

Het diagnostisch en behandelproces waarbij verandering van beweeggedrag centraal staat met een biopsychosociale insteek is beschreven in het 'Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model' (ODIM) (VvOCM 2015). In de eerste lijn is er nog weinig onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van gestructureerde stapsgewijze tijdcontingente oefenprogramma's waarbij behandeldoelen zijn geformuleerd door de patiënt (Gardner 2019).

Welke behandelvorm bij welke patiënt?

Gedragsgeoriënteerde behandelingen binnen het domein van de fysio- en oefentherapeut bestaan uit een uitgebreid scala aan behandel mogelijkheden en theoretische concepten. De besproken drie richtlijnen en acht literatuuronderzoeken geven geen uitsluitsel over welke behandelvorm bij welke patiënt geïndiceerd is of over de gewenste behandelintensiteit. De indruk dat verschillende soorten gedragsgeoriënteerde behandelingen weinig of niet verschillen in effectiviteit bij patiënten met lage rugpijn wordt bevestigd in diverse andere systematische literatuuronderzoeken (Bunzli 2011; Chou 2017; Henschke 2010; Holden 2014; Lopez-de-Uralde-Villanueva 2016; Macedo 2008, Pardos-Gascón 2021; Richards 2013; Toomey 2016; Van der Giessen 2012).

Om de psychologische herstelbelemmerende factoren te inventariseren, exploreert de therapeut samen met de patiënt de samenhang tussen klachten, cognities, emoties en gedrag en sociale aspecten. De onderzoeksbevindingen, de behoefte, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt, in combinatie met de kennis en vaardigheden van de therapeut, zijn bepalend voor de uiteindelijke keuze. Hierbij moet men zich realiseren dat lage rugpijn een multifactorieel biopsychosociaal pijnsyndroom is en diverse processen kunnen leiden tot klachtenvermindering, gedragsverandering en toename van interne zelfregulatie. Hoe hoger het niveau van complexiteit, des te noodzakelijker is het verwijzen naar en samenwerken met andere hulpverleners zoals huisarts, psychosomatisch fysio- en oefentherapeut en psycholoog.

Noot C.4.1 Mobilisaties en manipulaties

Deze niet-oefentherapeutische interventie valt buiten het competentieprofiel van de oefentherapeut (Cesar/Mensendieck), tenzij de oefentherapeut de aanvullende competenties behaald heeft door middel van scholing.

Aanleiding

In de 'KNGF-richtlijn Lage rugpijn' uit 2013 wordt geadviseerd passieve artrogene mobilisatie of manipulatie te overwegen indien de patiënt een afwijkend beloop heeft van lage rugpijn en dominante psychosociale herstelbelemmerende factoren ontbreken. Bij acute klachten of bij de aanwezigheid van dominante psychosociale herstelbelemmerende factoren worden mobilisaties of manipulaties niet geadviseerd. De aanbevelingen waren gebaseerd op twee systematische literatuuronderzoeken (Dagenais 2010; Rubinstein 2011). Sinds het verschijnen van de vorige richtlijn zijn er diverse nieuwe RCT's en systematische literatuuronderzoeken verschenen waardoor een update van het literatuuronderzoek gewenst was. Een nadere analyse was mede noodzakelijk, omdat de inclusiecriteria van de twee genoemde literatuuronderzoeken niet geheel overeenkomen met de criteria van de huidige richtlijn. Dagenais en Rubinstein includeerden onder andere RCT's waarbij de effectiviteit van mobilisaties en manipulaties werd vergeleken met die van medicatie, injecties of alternatieve behandelmethoden. De huidige richtlijn vergelijkt de effectiviteit van mobilisaties en/of manipulaties alleen met die van interventies die passen binnen de richtlijn.

Uitgangsvraag

Worden passieve artrogene mobilisaties en/of manipulaties ('high-velocity-thrust'-technieken), al dan niet in aanvulling op oefentherapie, aanbevolen voor patiënten met lage rugpijn?

Methode

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn overwegingen in kaart gebracht volgens het GRADE Evidence-to-decision framework (Alonso-Coello 2016ab).

Conclusies op basis van de literatuur

In totaal voldeden 57 RCT's aan de inclusiecriteria van de huidige richtlijn. De effectiviteit van mobilisaties en/of manipulaties zijn in diverse onderzoeken vergeleken. Daarin werden mobilisaties en/of manipulaties, al dan niet in aanvulling op oefentherapie, vergeleken met interventies die passen binnen de richtlijn, sham-manipulatie, placebo- of geen behandeling. De effecten van mobilisaties en/of manipulaties waren op fysiek functioneren iets groter dan op pijn, maar op beide uitkomstmaten over het algemeen klein, zowel op korte als op lange termijn. In vergelijking met mobilisatie was ook het effect van manipulatie op pijn op korte en lange termijn klein; op functionaliteit was het verschil in effect klinisch-relevant. De bewijskracht conform de GRADE-methodiek varieerde voor alle vergelijkingen tussen zeer laag (9x), laag (10x) en redelijk (1x). Er was geen duidelijk verschil in bewijskracht op korte of lange termijn ten aanzien van pijn of fysiek functioneren.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat er beperkt bewijs is voor kleine (niet klinisch-relevante) positieve effecten van mobilisatie/manipulatie al dan niet als toevoeging op oefentherapie, op pijn en fysiek functioneren in vergelijking met andere interventies die binnen de richtlijn passen. In de volgende tabel zijn de effectiviteit van mobilisaties en/of manipulaties, en de bewijskracht in zes verschillende vergelijkingen samengevat. Alle effecten zijn ten gunste van de interventie.

Overzicht van de effectiviteit en bewijskracht van mobilisaties en/of manipulaties

Interventie	Controle	Pijn		Fysiek functioneren	
		Klachten < 4 mnd	Klachten ≥ 4 mnd	Klachten < 4 mnd	Klachten ≥ 4 mnd
Effecten/bewijskracht					
mobilisatie/manipulatie + oefentherapie	oefentherapie (+ evt. een andere interventie passend binnen de richtlijn)	klein/laag	klein/redelijk	klein / zeer laag	klein / zeer laag
mobilisatie/manipulatie	interventie(s) passend binnen de richtlijn	klein/laag	klein/laag	klein / laag	klein/laag
mobilisatie/manipulatie	sham mobilisatie/manipulatie	klinisch-relevant / zeer laag	klein / zeer laag	klinisch relevant / zeer laag	klein/laag
mobilisatie/manipulatie	placebobehandeling	klein / zeer laag	-	klinisch relevant / laag	-
mobilisatie/manipulatie	geen behandeling	klein / zeer laag	-	klinisch relevant / laag	-
manipulatie	mobilisatie	klein / zeer laag	klein / laag	klinisch relevant / zeer laag	klinisch relevant / zeer laag

Conclusies op basis van de overwegingen

De werkgroep heeft, ondanks het beperkte bewijs en de kleine effecten van mobilisatie/manipulatie, een aanbeveling geformuleerd voor het overwegen van deze interventie bij patiënten met lage rugpijn indien het probleem mechanisch verklaard kan worden vanuit stoornissen binnen het neuromusculoskeletaal systeem. Stoornissen kunnen bestaan uit verminderde (segmentale of regionale) mobiliteit, een stug/hard eindgevoel, of verhoogde spierspanning (KNGF 2014). De werkgroep had hiervoor de volgende argumentatie:

- de ongewenste effecten zijn zelden of nooit ernstig, hoewel uitgebreide informatie hierover beperkt is;
- de resultaten van mobilisatie/manipulatie zijn mogelijk niet suboptimaal onderzocht doordat bijna alle geïncludeerde studies patiënten selecteerden op de aanwezigheid van lage rugpijn zonder daarbij te evalueren of er ook sprake was van stoornissen in het neuromusculoskeletaal systeem;





in de klinische praktijk zijn de ervaringen met mobilisaties en manipulaties bij patiënten met een bewegingsstoornis binnen het neuromusculoskeletaal domein positief (KNGF 2014); de resultaten uit het literatuuronderzoek zijn over het algemeen klein, maar alle vergelijkingen zijn ten gunste van mobilisatie/manipulatie; recente literatuuronderzoeken concluderen dat mobilisatie/manipulatie mogelijk kosteneffectief is bij patiënten met lage rugpijn.

De werkgroep adviseert de mobilisatie/manipulatie alleen te overwegen als aanvulling op oefentherapie, omdat:

- het accent binnen de richtlijn ligt op een actieve benadering;
- er onduidelijkheid bestaat over de specifieke effecten van mobilisatie/manipulatie; zo is het bewijs dat de effecten van enkelvoudige mobilisatie/manipulatie klinisch-relevant zijn ten opzichte van sham, placebo of geen behandeling laag tot zeer laag;
- mobilisatie/manipulatie als aanvulling op oefentherapie in belangrijke mate aansluit bij de klinische praktijkvoering waarin mobilisaties of manipulaties zelden als unimodale interventie worden toegepast, maar meestal in combinatie met oefeningen en advies;
- er enig bewijs bestaat dat patiënten meer tevreden zijn over de behandeling indien mobilisatie/manipulatie wordt gecombineerd met oefeningen vergeleken met mobilisatie/manipulatie alleen (Bronfort 2001);
- het advies in overeenstemming is met internationale richtlijnen, zoals de Deense richtlijn, de Britse richtlijn van het 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE) en de Belgische multidisciplinaire richtlijn van het 'Belgian Health Care Knowledge Centre'.

Het verschil in effectiviteit tussen manipulatie en mobilisatie is in de huidige richtlijn onderzocht. Manipulatie lijkt effectiever dan mobilisatie op pijn (klein effect) en functionaliteit (klinisch-relevant effect) zowel op korte als lange termijn; de bewijskracht is echter laag tot zeer laag. De werkgroep is van mening dat de beslissing om de patiënt te mobiliseren dan wel te manipuleren over moet worden gelaten aan de specifieke expertise en inschatting van de behandelend therapeut op grond van de lage bewijskracht van de interventies. Alvorens over te gaan tot mobilisatie/manipulatie informeert de therapeut de patiënt over potentiële nadelige effecten van die behandeling.

Duur van de klachten

Bijna alle studies gebruikten duur van de lage rugpijn als criterium om patiënten wel of niet te includeren. Bij de evaluatie van de resultaten waren er echter geen verschillen in behandelresultaten tussen patiënten met kortdurende (< 4 maanden) en aanhoudende lage rugpijn (> 4 maanden). De werkgroep adviseert daarom de beslissing om wel of geen mobilisaties/manipulaties uit te voeren niet te baseren op klachtenduur, omdat bewijs hiervoor ontbreekt.

Locatie van de pijn

De meeste studies includeerden een mix van patiënten met of zonder uitstralende pijn. Doordat er slechts enkele studies waren waarbij uitsluitend patiënten met of juist patiënten zonder uitstralende pijn in het been waren geïnccludeerd, was het niet mogelijk verschillen in behandelresultaten voor de verschillende groepen adequaat met elkaar te vergelijken. Er is gebrek aan bewijs voor het effect van mobilisaties en manipulaties bij patiënten met LRS. Daarnaast is er bij patiënten met LRS een grotere kans op bijwerkingen, zowel niet-ernstige als ernstige, zoals

forse pijntoename en motorische uitval, ten opzichte van patiënten met lage rugpijn zonder LRS. Op grond hiervan beveelt de werkgroep aan om bij patiënten met LRS mobilisaties en manipulaties bij voorkeur niet toe te passen.

Selectie van patiënten

In bijna alle geïncludeerde studies werden patiënten slechts geselecteerd op de aanwezigheid van lage rugpijn. Mogelijk is pijn echter geen afdoende criterium voor het wel of niet toepassen van mobilisatie en/of manipulatie (Maissan 2018) en zijn er suboptimale behandelresultaten behaald. Ofwel, de kans bestaat dat in dit onderzoek de patiëntkenmerken niet goed aansloten bij het werkingsmechanisme van de behandeling. Er bestaat onduidelijkheid over het exacte werkingsmechanisme van mobilisaties en manipulaties (Bialosky 2018; Mintken 2018). Nader onderzoek is gewenst naar het werkingsmechanisme, maar ook naar de wijze waarop en wanneer mobilisaties/manipulaties worden ingezet in het totale behandelproces.

Kosteneffectiviteit

In vier van de vijf recente systematische literatuuronderzoeken over de kosteneffectiviteit van mobilisaties en manipulaties is enig bewijs gevonden voor de kosteneffectiviteit van mobilisaties en manipulaties alleen of voor deze interventies in combinatie met andere behandelingen (Andronis 2017; Blanchette 2016; Indrakanti 2012; Michaleff 2012; Tsertsvadze 2014). Harper (2017) geeft echter aan dat het moeilijk is definitieve conclusies te trekken vanwege de grote verscheidenheid aan interventiemethoden en controle-interventies, de verschillende perspectieven van waaruit de kosten zijn geïnventariseerd (gezondheidszorg en/of maatschappelijk), de verschillen in uitkomstmaten en de organisatie en bekostiging van zorgstelsels tussen de verschillende landen.

Noot C.4.2 Massage

Deze niet-oefentherapeutische interventie valt buiten het competentieprofiel van de oefentherapeut (Cesar/Mensendieck), tenzij de oefentherapeut de aanvullende competenties behaald heeft door middel van scholing.

Aanleiding

In de huidige 'KNGF-richtlijn lage rugpijn' wordt aanbevolen kortdurende massage te overwegen ter vermindering van pijn bij stoornissen in gewrichtsfuncties of bij toegenomen spierspanning (KNGF 2013). Wel is het advies om terughoudend te zijn ten aanzien van passieve behandelvormen, omdat behandeling en begeleiding gericht moeten zijn op zelfredzaamheid van de patiënt. De aanbeveling wordt onderbouwd door een Cochrane-review waarin 13 gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken zijn geïncludeerd (Furlan 2008). Sindsdien is er nieuwe literatuur gepubliceerd en lijkt de nadruk nog meer gelegd te worden op het activerende beleid. Recent systematisch literatuuronderzoek heeft 22 richtlijnen geïdentificeerd over de behandeling van patiënten met lage rugpijn (Ng 2020, 2021). In zeven van de 22 richtlijnen is een aanbeveling geformuleerd over massage; in vijf wordt massage aanbevolen en in twee is de aanbeveling over massage onduidelijk of tegenstrijdig (Ng 2020, 2021). De richtlijn van het 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE) beveelt aan massage (als een vorm van manuele therapie) te overwegen, maar alleen als onderdeel van een behandeling die bestaat uit oefentherapie met of zonder gedragsmatige therapie (De Campos

2017). Ook de 'NHG Standaard Aspecifieke lage rugpijn' benadrukt dat het belangrijkste doel van de behandeling gericht is op het bevorderen van herstel en participatie en dat de therapie een activerende benadering moet hebben (NHG-Werkgroep Standaard Aspecifieke lage rugpijn 2017). De aanbevelingen binnen de richtlijnen zijn gebaseerd op literatuur waarin massage wordt vergeleken met een placebobehandeling of met verschillende controle-interventies. Binnen de bestaande richtlijnen is echter niet gekeken naar de evidentie waarin de toegevoegde waarde van massage op oefentherapie is onderzocht, vergeleken met alleen oefentherapie.

Uitgangsvraag

Wordt massage, in toevoeging op oefentherapie aanbevolen bij patiënten met lage rugpijn?

Methode

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn overwegingen in kaart gebracht volgens het 'GRADE Evidence-to-decision framework' (Alonso-Coello 2016ab).

Conclusies op basis van de literatuur

De studies zijn geselecteerd uit twee Cochrane-reviews (Furlan 2008, 2015) en zijn gevonden met een aanvullende zoekactie tot 25 januari 2021. Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag zijn twee RCT's geanalyseerd (Bellido-Fernandez 2018; Preyde 2000). Deze RCT's includeerden in totaal 131 patiënten met lage rugpijn. Beide richtten zich op patiënten met chronische lage rugpijn. Geen van de studies rapporteerde uitstraling naar de benen. Een RCT rapporteerde onvoldoende gegevens voor opname in de meta-analyse (Bellido-Fernandez 2018). Uit de resultaten van de andere RCT (Preyde 2000) blijkt dat massage in toevoeging op oefentherapie een klinisch-relevant effect heeft op pijn (VAS 0-100; MD 18,20; 95%-BI 10,03 tot 26,37; lage bewijskracht) en fysiek functioneren (RMDQ 0-24; MD 4,17; 95%-BI 2,02 tot 6,32; lage bewijskracht) bij patiënten met chronische lage rugpijn op korte termijn vergeleken met alleen oefentherapie. Er zijn geen RCT's gevonden die het effect op pijn en/of fysiek functioneren hebben gemeten op lange termijn.

Conclusies op basis van de overwegingen

De resultaten van het systematisch literatuuronderzoek laten zien dat massage mogelijk een positief effect heeft op pijn en fysiek functioneren op korte termijn wanneer het wordt toegevoegd aan oefentherapie. Echter, gezien de lage bewijskracht is de toegevoegde waarde van massage op oefentherapie nog wel met veel onzekerheid omgeven.

Op korte termijn is massage als enkelvoudige therapie bij patiënten met subacute en chronische lage rugpijn effectiever op pijn en fysiek functioneren dan sham therapie, wachtlijst, of geen behandeling, maar niet op lange termijn (lage tot zeer lage bewijskracht), zo bleek uit het literatuuronderzoek van de Cochrane Library.

Op pijn alleen is massage wel effectiever in vergelijking met een andere interventie (manipulatie, mobilisatie, TENS, acupunctuur, tractie, ontspanningstherapie, fysiotherapie, oefentherapie of educatie), maar dat effect wordt niet gevonden voor fysiek functioneren, noch op de korte, noch op de lange termijn (Furlan 2015).

De werkgroep is van mening dat massage als op zichzelf staande interventie binnen de fysiotherapie sterk afgeraden dient te worden, aangezien er (inter)nationaal en multidisciplinair consensus is over de noodzaak van een actieve benadering die is gericht op bewegen en de zelfredzaamheid van de patiënt.

De werkgroep is van mening dat kortdurende massage bij patiënten met een sterke voorkeur of sterke verwachtingen dan wel overtuigingen ten aanzien van massage ingezet kan worden, maar alleen met als doel bereidwilligheid ten aanzien van een actieve benadering te creëren en te komen tot bewegen en zelfredzaamheid.

Noot C.4.3 Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) en interferentie

Deze niet-oefentherapeutische interventie valt buiten het competentieprofiel van de oefentherapeut (Cesar/Mensendieck), tenzij de oefentherapeut de aanvullende competenties behaald heeft door middel van scholing.

Aanleiding

TENS en interferentie worden niet aanbevolen in de KNGF-richtlijn uit 2013 (KNGF 2013). Dit is gebaseerd op de resultaten van twee systematisch literatuuronderzoeken. Echter, sinds het verschijnen van de richtlijn zijn diverse RCT's gepubliceerd die de effectiviteit van TENS en interferentie bij patiënten met lage rugpijn hebben geëvalueerd, waardoor een update van het literatuuronderzoek gewenst was. Daarnaast zijn er signalen vanuit de praktijk dat TENS en interferentie – ondanks de negatieve aanbeveling in de richtlijn – in sommige gevallen toch met positief resultaat worden toegepast, bijvoorbeeld bij patiënten met radiculaire pijn of als voorwaardenscheppend voor oefentherapie, ter vermindering van pijn, bij patiënten die (nog) geen oefentherapie willen of kunnen ondergaan.

Uitgangsvragen

- Worden TENS en interferentie aanbevolen bij patiënten met lage rugpijn?
- Worden TENS en interferentie als toevoeging op oefentherapie aanbevolen bij patiënten met lage rugpijn?

Methode

Voor de beantwoording van deze uitgangsvragen is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn overwegingen in kaart gebracht volgens het 'GRADE Evidence-to-decision framework' (Alonso-Coello 2016a, Alonso-Coello 2016b).

Conclusies op basis van de literatuur

Geschikte studies werden geselecteerd uit de richtlijn van het 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE) (zoekactie tot december 2015) en uit de resultaten van een aanvullende zoekactie (tot 29 april 2020).

TENS

De 11 ingesloten studies over TENS includeerden in totaal 652 patiënten met lage rugpijn. De geïdentificeerde RCT's richtten zich allemaal op patiënten met chronische lage rugpijn. Er zijn geen RCT's gevonden die de effectiviteit van TENS evalueerden bij patiënten met acute of subacute lage rugpijn. Het merendeel van de RCT's includeerden zowel patiënten met lage rugpijn met uitstraling naar de benen als patiënten met lage rugpijn alleen. De bewijskracht voor het effect

van TENS op pijn en fysiek functioneren op korte termijn is voor alle vergelijkingen die hierna worden beschreven zeer laag. Op basis hiervan concludeert de werkgroep dat de effecten van TENS met zeer veel onzekerheid omgeven zijn en dat de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

Uit het systematisch literatuuronderzoek blijkt een groot effect van TENS op pijn (VAS 0-100; MD 23,16; 95% BI -3,78 tot 50,10) en fysiek functioneren (SMD 0,70; 95%-BI -0,04 tot 1,44) bij patiënten met chronische lage rugpijn op korte termijn vergeleken met niets doen/afwachten/wachtlIJst. Bij het vergelijken van TENS met een placebo of met sham-TENS zijn de effecten op pijn (VAS 0-100; MD 7,17; 95%-BI -2,78 tot 17,11) en fysiek functioneren (ODI 0-100; MD 2,21; 95%-BI -6,36 tot 14,78) op korte termijn klein.

TENS vergeleken met een andere interventie binnen de scope van deze richtlijn, in dit geval gebruikelijke zorg of oefentherapie, laat een klein effect zien op pijn (VAS 0-100; MD -8,09; 95%-BI -29,11 tot 12,93) en een redelijk effect op fysiek functioneren (MD -14,28; 95%-BI -17,12 tot -11,44) op korte termijn in het voordeel van gebruikelijke zorg of oefentherapie, gemeten bij patiënten met chronische lage rugpijn zonder uitstraling naar de benen.

Wanneer TENS wordt toegevoegd aan oefentherapie en wordt vergeleken met oefentherapie alleen, zijn op korte termijn de effecten op pijn (VAS 0-100; MD 11,06; 95%-BI -6,45 tot 28,57) redelijk en op fysiek functioneren (ODI 0-100; MD 1,44; 95%-BI -11,09 tot 13,98) klein. Er zijn geen RCT's gevonden die het effect op pijn en/of fysiek functioneren hebben onderzocht op lange termijn.

Slechts één RCT heeft gerapporteerd over mogelijke ongewenste effecten van TENS, waarbij gesteld werd dat er geen complicaties van de behandeling zijn vastgesteld.

Interferentie

De zes ingesloten RCT's over interferentie includeerden in totaal 569 patiënten met lage rugpijn. De bewijskracht voor pijn en fysiek functioneren was voor alle vergelijking laag tot zeer laag; de effecten van interferentie bij patiënten met lage rugpijn zijn met zeer veel onzekerheid omgeven en dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Uit het systematisch literatuuronderzoek blijken op korte termijn de gewenste effecten van interferentie zowel op pijn (VAS 0-100; MD 44,10; 95%-BI 34,20 tot 54,00) als op fysiek functioneren (RMDQ 0-24; MD 7,51; 95%-BI 5,50 tot 9,42) groot vergeleken met niets doen, maar in vergelijking met placebo/sham heeft interferentie een redelijk effect op pijn (VAS 0-100; MD 11,66; 95%-BI -8,12 tot 31,43) en een klein effect op fysiek functioneren (RMDQ 0-24; MD 1,15; BI 1,56 tot 3,86). Bij vergelijking van interferentie met gebruikelijke zorg of manuele therapie zijn de effecten op pijn op korte termijn redelijk (VAS 0-100; MD 15,50; 95%-BI 6,13 tot 24,87) en op lange termijn klein (VAS 0-100; MD 8,30; 95%-BI -1,06 tot 17,66). Op fysiek functioneren zijn de effecten zowel op korte (ODI 0-100; MD 3,58; 95%-BI -4,56 tot 11,72) als op lange termijn (RMDQ 0-24; MD 1,85; 95%-BI 0,08 tot 4,62) klein. De effecten van interferentie als toevoeging op oefentherapie zijn op korte termijn groot, zowel op pijn (VAS 0-100; MD 31,40; 95%-BI 28,16 tot 34,64) als op fysiek functioneren (ODI 0-100; MD 27,92; 95%-BI 23,88 tot 31,96).

Conclusies op basis van de overwegingen

De werkgroep raadt TENS en interferentie al dan niet in toevoeging op oefentherapie sterk af bij patiënten met lage rugpijn met of zonder uitstraling naar de benen. De werkgroep is tot dit besluit gekomen op basis van de volgende overwegingen:

- De gewenste effecten van TENS en interferentie bij patiënten met chronische lage rugpijn op pijn en fysiek functioneren op korte termijn hebben een zeer lage bewijskracht en variëren per uitkomstmaat en vergelijking.
- Er is geen literatuur gevonden over de ongewenste effecten van TENS en interferentie.
- De werkgroep schat in dat de meerderheid van de patiënten weinig waarde hecht aan het gebruik van TENS en interferentie, gezien de onzekerheden over het nut ervan.
- Investeringskosten voor de aanschaf van apparatuur worden niet gerechtvaardigd geacht.
- Binnen de richtlijn wordt de nadruk gelegd op een actieve aanpak, om een actieve leefstijl en de zelfredzaamheid van de patiënt te stimuleren. TENS en interferentie passen niet binnen deze actieve aanpak.
- De aanbeveling om TENS en interferentie te ontraden, sluit aan bij (inter)nationale richtlijnen (onder andere de 'KNGF-richtlijn Lage rugpijn' uit 2013, de richtlijn van het 'National Institute for Health and Care Excellence' (NICE), de richtlijn van het 'Belgian Health Care Knowledge Centre' (KCE) en de richtlijn van het 'American College of Physicians').
- De aanbeveling om TENS en interferentie te ontraden, sluit ook aan bij een recent overzichtsartikel van de Cochrane Collaboration, waarin wordt geconcludeerd dat het zeer onzeker is of TENS gunstig of juist schadelijk is bij mensen met chronische pijn (Gibson 2019).

Slechts in één RCT over de effectiviteit van TENS bij patiënten met lage rugpijn met uitstraling naar de benen, werd een voordeel voor oefentherapie vastgesteld. Er zijn geen RCT's gevonden die de effectiviteit van interferentie bij patiënten met lage rugpijn met uitstraling naar de benen evalueerden. De werkgroep ziet geen aanleiding om TENS en interferentie bij patiënten met lage rugpijn met of zonder uitstraling naar de benen aan te bevelen.

Noot C.5 Afsluiting van de behandeling

Aanleiding

De periode waarin de therapie wordt aangeboden, is afhankelijk van de start- en stopcriteria. De startcriteria zijn beschreven in [B.2 'Indicatiestelling en behandelprofielen'](#). In de huidige paragraaf wordt beschreven wanneer de behandeling wordt afgesloten en wordt informatie gegeven over de informatie-uitwisseling met de verwijzer.

Uitgangsvraag

Welke stopcriteria worden gehanteerd voor het beëindigen van de behandelaflevering?

Methode

Voor de beantwoording van de uitgangsvraag is in overleg met de werkgroep gebruikgemaakt van literatuur die is geïdentificeerd op basis van een systematische zoekactie naar evidence-based richtlijnen en systematische literatuuronderzoeken. Deze zoekactie is aangevuld met informatie uit nationale richtlijnen voor lage rugpijn.

De aanbevelingen zijn tot stand gekomen conform de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2019' (KNGF 2019).

Conclusies op basis van de literatuur

Er zijn geen systematische literatuuronderzoeken of (inter)nationale evidence-based richtlijnen geïdentificeerd met aanbeveling over wanneer de behandeling gestopt dient te worden. In de KNGF-richtlijn uit 2013 en in een bijlage van de 'NHG-standaard Aspecifieke lage rugpijn' wordt aanbevolen om bij een normaal beloop van lage rugpijn het aantal behandelingen tot maximaal drie sessies te beperken (NHG-Werkgroep Standaard Aspecifieke lagerugpijn 2017; KNGF 2013).

Conclusies op basis van de overwegingen

De werkgroep sluit zich aan bij stopcriteria die in een eerder richtlijnproject zijn opgesteld (KNGF 2020) en stopcriteria die zijn geformuleerd binnen het 'Beroepsprofiel Fysiotherapeut' (KNGF 2021). De stopcriteria zoals vermeld in de Praktijkrichtlijn sluiten aan op de doelen van de therapie en passen bij de context van de patiënt. De werkgroep voegt daar de volgende criteria aan toe:

- De hulpvraag kan tijdens de therapie veranderen.
- De patiënt kan zelf aangeven te willen stoppen, bijvoorbeeld om persoonlijke redenen, redenen vanuit de sociale context van de patiënt en om financiële redenen.
- Het gebrek aan motivatie om zelf verantwoordelijkheid te nemen, heeft met name betrekking op fysiek trainen en/of fysiek actief zijn buiten de therapie.

Nazorg

De werkgroep acht het van belang dat de fysio- of oefentherapeut de patiënt stimuleert ook na de behandelperiode zelfstandig te blijven oefenen en bewegen. Ook acht de werkgroep het van belang dat de fysio- of oefentherapeut bij afsluiting van de therapie de voorlichting over herstelbelemmerende en bevorderende factoren herhaalt, om de behandelresultaten zo lang mogelijk te laten beklijven, en ter preventie van recidiverende klachten.

Informatie-uitwisseling met de verwijzer

Er zijn gedurende het behandeltraject diverse momenten in het zorgproces aan te wijzen waarop de fysio- of oefentherapeut stilstaat bij de informatie-uitwisseling met de verwijzer. In de richtlijn 'Informatie-uitwisseling huisarts-paramedicus (HASP-paramedicus)' zijn op basis van consensus van de werkgroep aanbevelingen gevormd voor deze informatie-uitwisseling. De aanbevelingen voor de informatie-uitwisseling van de paramedicus naar de arts zijn overgenomen in de richtlijn.

Dossiervoering

Zie voor informatie over dossiervoering de vigerende 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering' (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie 2019), de 'Richtlijn Verslaglegging' van de VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck 2019) en de 'Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-paramedicus (HASP-paramedicus)'.

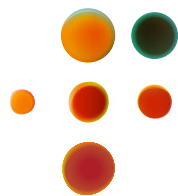
Colofon

© 2021 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Eindredactie: Tertius – Redactie en organisatie, Houten
Creatief concept en vormgeving: C10 Ontwerp, Den Haag

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

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut. Het KNGF behartigt voor ruim 19.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.



De fysiotherapeuten van Nederland