

Richtlijn

Aspecifieke lage rugklachten

Richtlijn

Aspecifieke lage rugklachten

Colofon

Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten
ISBN 90-76906-58-0

© 2003, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
Postbus 20064, 3502 LB Utrecht
Internet: www.cbo.nl

Voor verzoeken tot gebruik van tekst(gedeelten) kunt u zich wenden tot de uitgever.

Uitgever



Van Zuiden Communications B.V.
Postbus 2122, 2400 CC Alphen aan den Rijn
Tel. (0172) 47 61 91
E-mailadres: zuiden@zuidencomm.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever.

Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen.
Adres en e-mailadres: zie boven. Deze uitgave en andere richtlijnen zijn te bestellen via: www.richtlijnonline.nl.

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Het CBO biedt via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

De richtlijn is tot standgekomen op initiatief van:

Nederlandse Orthopaedische Vereniging
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

In samenwerking met:

Institute for Medical Technology Assessment
Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie
Nederlands Huisartsen Genootschap
Nederlands Instituut van Psychologen
Nederlands Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde
Nederlands Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
Nederlandse Chiropractoren Associatie
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck
Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom'
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde
Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie
Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie
Nederlandse Vereniging voor Neurologie
Nederlandse Vereniging voor Radiologie
Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie
Vereniging Bewegingsleer Cesar
Vereniging voor Epidemiologie
Werkgroep Onderzoek Kwaliteit

In het kader van het programma:

Doelmatigheid Orthopedie van ZorgOnderzoek Nederland en verspreid onder de doelgroepen met financiële steun van de Orde van Medisch Specialisten

Inhoudsopgave

	Samenstelling van de werkgroep	7
	Inleiding	9
	Aanbevelingen	15
	Behandeltraject aspecifieke lage rugpijn	18
	Acute aspecifieke lage rugklachten	18
	Chronische aspecifieke lage rugklachten	20
1	Aspecifieke lage rugklachten: een inleiding	23
	Definitie	23
	Incidentie en prevalentie	23
	Oorzaken	23
	Natuurlijk beloop	24
	Verwachtingen van patiënten over de behandeling van rugpijn	25
2	Diagnostiek bij aspecifieke lage rugklachten	27
	Inleiding	27
	Multifactoriële diagnostiek	27
	Beeldvormende diagnostiek bij aspecifieke lage rugklachten	32
	Patiëntenverwachtingen	34
3	Behandeling acute lage rugklachten (0-12 weken)	35
	Inleiding en uitgangspunten	35
	Actief blijven	35
	Bedrust	36
	Oefentherapie	37
	Rugscholing	38
	Manipulatie	39
	Tractie	40
	Acupunctuur, tilgordels, EMG-biofeedback, fysische modaliteiten	41
	TENS	42
	Massage	42
	Medicatie bij acute lage rugklachten	43
	Gedragstherapie in engere zin	47
	Multidisciplinaire programma's	48
	Patiëntenverwachtingen	48

4	Behandeling bij chronische lage rugklachten	53
	Uitgangspunten	53
	‘Bedrust’ versus ‘actief blijven’	53
	Oefentherapie	54
	Rugscholing	56
	Manipulatie bij chronische lage rugklachten	57
	Tractie bij chronische lage rugpijn	58
	TENS, EMG-biofeedback en fysische modaliteiten	59
	Massage	61
	Lumbale orthesen	62
	Medicatie bij chronische lage rugpijn	65
	Invasieve therapie	69
	Gedragstherapie	74
	Multidisciplinaire behandelprogramma’s	75
	Patiëntenverwachtingen	78
5	Kosteneffectiviteit	83
	Inleiding	83
	De modelstudie	83
	De literatuurstudie	84
6	Implementatie	93
	Inleiding	93
	Diagnostiek	93
	Therapie: acuut	94
	Therapie: chronisch	95
	Bijlagen	
1.	Lijst met gebruikte afkortingen	99
2.	Tabellen met kenmerken van de gebruikte studies	101
3.	Ontstaanswijze en gebruik van communicatiehulpmiddelen; 2- en 3-gesprek	119
4.	Vergelijking van Nederlandse en buitenlandse richtlijnen	133
5.	Knelpuntenanalyse	145

Samenstelling van de werkgroep

De werkgroep Aspecifieke Lage Rugklachten bestond uit de volgende leden:

- Prof. dr. B.W. Koes, Vereniging voor Epidemiologie, voorzitter
- Dr. R.J. Sanders, Nederlandse Orthopaedische Vereniging, voorzitter
- Mw. drs. M.K. Tuut, epidemioloog, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, secretaris, vanaf december 2001
- Drs. H.J.H. in den Bosch, bewegingswetenschapper, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, secretaris, tot december 2001
- Dr. P.F. van Akkerveeken, Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Dr. W.J.J. Assendelft, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Mw. drs. G.E. Bekkering, Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie
- Dr. J.J. van Busschbach, Institute for Medical Technology Assessment
- Dr. A.W. Chavannes, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Dr. G. Collée, Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
- Drs. J.W.R. Dijkstra, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
- Prof. dr. L.N.H. Göeken, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde
- Dr. N.H. Groenman, Nederlands Instituut van Psychologen
- Dr. J.M.M. van den Hoogen, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Mw. M. Mellink, Vereniging Bewegingsleer Cesar
- Drs. R.W.J.G. Ostelo, Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie
- Drs. W.C. Peul, Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie
- C.E. Pfeifle, Nederlandse Chiropractoren Associatie
- Mw. L. Riemens, Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie
- Drs. N. van de Roer, Institute for Medical Technology Assessment
- Dr. ir. N. Stenvers, Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten ‘de Wervelkolom’
- Mw. P.S. Suyl, Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck
- Drs. R.A.H.M. Swinkels, Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie
- Mr. H.A. den Toom, Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie
- Dr. M.W. van Tulder, Vereniging voor Epidemiologie
- Dr. J.H.A.M. Verbeek, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
- Dr. M.J.P. Wensing, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit
- Mw. K. Westra, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- Drs. H.H. van Woerden, Nederlandse Vereniging voor Radiologie
- Drs. A.P. Wolff, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
- Drs. E.J. Wouda, Nederlandse Vereniging voor Neurologie

Verschillende onderwerpen voor de richtlijn werden door subgroepen voorbereid:

Diagnostiek: dr. J.M.M. van den Hoogen (voorzitter), dr. P.F. van Akkerveeken, drs. J.W.R. Dijkstra, drs. H.H. van Woerden, dr. W.J.J. Assendelft, dr. G. Collée, drs. E.J. Wouda

Behandeling acute lage rugklachten: drs. R.A.H.M. Swinkels (voorzitter), mw. drs. G.E. Bekkering, C.E. Pfeifle, prof. dr. B.W. Koes

Behandeling chronische lage rugklachten: prof. dr. L.N.H. Göeken (voorzitter), dr. P.F. van Akkerveeken, dr. A.W. Chavannes, drs. J.W.R. Dijkstra, drs. R.W.J.G. Ostelo, C.E. Pfeifle, drs. R.A.H.M. Swinkels, dr. M.W. van Tulder, dr. G. Collee, dr. N.H. Groenman, mw. M. Mellink, drs. W.C. Peul, mw. P.S. Suyl, drs. A.P. Wolff, drs. E.J. Wouda

Patiëntenperspectief: dr. J.H.A.M. Verbeek (voorzitter), mw. L. Riemens, dr. ir. N. Stenvers, mr. H.A. den Toom

Implementatie: dr. M.J.P. Wensing, dr. M.W. van Tulder

Kosteneffectiviteit: dr. J.J. van Busschbach, drs. N. van de Roer, prof. dr. B.W. Koes

Met bijzondere dank aan dr. J.W.S. Vlaeyen voor zijn advies betreffende de 'gele vlaggen' in het hoofdstuk over diagnostiek.

Inleiding

Aanleiding

Aspecifieke lage rugklachten vormen een groot probleem voor de gezondheidszorg. De hoge prevalentie leidt, met name in de beroepsbevolking, tot hoge directe en indirecte kosten. Een groot aantal medische en paramedische disciplines heeft met dit klachtenbeeld te maken.

Inmiddels is er een aantal Nederlandse, voornamelijk monodisciplinaire, richtlijnen ten aanzien van lage rugklachten ontwikkeld door bijvoorbeeld het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en onlangs het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Een multidisciplinaire richtlijn, gebaseerd op de hoogste mate van bewijs in de wetenschappelijke literatuur ('evidence-based'), ontbrak vooralsnog. De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) heeft het initiatief genomen om met financiële steun van ZorgOnderzoek Nederland en onder auspiciën van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO een multidisciplinaire richtlijn over aspecifieke lage rugklachten te ontwikkelen.

In 1999 is de multidisciplinaire werkgroep Aspecifieke Lage Rugklachten gestart met het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn gericht op de Nederlandse situatie. Aan de basis van deze multidisciplinaire richtlijnontwikkeling heeft een vergelijking van bestaande richtlijnen op het gebied van lage rugklachten gelegen, die naast inhoud ook op kwaliteit zijn bestudeerd om zo de belangrijkste controversen bloot te leggen.

Doelstelling

Deze richtlijn is een document met aanbevelingen en handelingsinstructies bij patiënten met aspecifieke lage rugpijn. Er is in de richtlijn gekozen voor de naam aspecifieke lage rugpijn om aan te sluiten bij de gangbare beschrijving in de internationale literatuur (Jayson MIV, ed. The Lumbar Spine and Backpain. 3rd edn. Boston: Little Brown and Co; 1985). De richtlijn berust voor zover voorhanden op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming gericht op het vaststellen van goed medisch handelen. Er wordt aangegeven wat in het algemeen de beste zorg is voor de patiënt met aspecifieke lage rugklachten. De richtlijnontwikkeling wil alle bij aspecifieke lage rugklachten betrokken disciplines op één lijn te brengen ten aanzien van definiëring van begrippen, de diagnostiek, indicatiestelling voor therapie en de voorlichting aan patiënten. De richtlijn beoogt een leidraad te geven voor de dagelijkse praktijk van de diagnostiek en behandeling van aspecifieke lage rugklachten. De richtlijn biedt aanknopingspunten voor bijvoorbeeld transmurale afspraken of lokale protocollen, hetgeen voor de implementatie bevorderlijk is. Op deze manier wil de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld, bijdragen tot een betere zorg voor patiënten met aspecifieke lage rugklachten.

Gebruikers richtlijn

Deze richtlijn is geschreven voor alle leden van de beroepsgroepen die tot de ontwikkeling van deze richtlijn hebben bijgedragen. Deze staan vermeld bij de samenstelling van de werkgroep.

Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in december 1999 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die met de diagnostiek en behandeling van specifieke lage rugklachten te maken hebben (zie hiervoor de samenstelling van de werkgroep).

De voordelen van een dergelijke multidisciplinaire benadering zijn duidelijk: niet alleen wordt hiermee de zorg het best weerspiegeld, ook zal het draagvlak voor de richtlijn optimaal zijn. De richtlijn is uiteraard gericht op verbetering van de zorg voor de patiënt. Dit doel is expliciet gewaarborgd doordat afgevaardigden vanuit de Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie en de Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom' zitting hadden in de werkgroep. Bij het samenstellen van de werkgroep is zoveel mogelijk rekening gehouden met de geografische spreiding van de werkgroepleden, met evenredige vertegenwoordiging van de diverse betrokken verenigingen en instanties, alsmede met een spreiding in academische achtergrond. De werkgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en waren gemandateerd door hun vereniging.

Werkwijze werkgroep

De diagnostiek en behandeling van specifieke lage rugklachten behelst vele aspecten. Om deze te kunnen omvatten zijn zes subgroepen gevormd die ieder een bepaald deel van het traject hebben voorbereid: diagnostiek; therapie acute lage rugklachten; therapie chronische lage rugklachten; patiëntenperspectief; kosteneffectiviteit; implementatie. Gedurende een periode van ongeveer twee jaar heeft de werkgroep gewerkt aan de conceptrichtlijn. De werkgroepleden schreven afzonderlijk of in de subgroepen teksten die tijdens vergaderingen besproken en na verwerking van de commentaren geaccordeerd werden. Deze teksten zijn samengevoegd en op elkaar afgestemd tot één document: de conceptrichtlijn. Deze is op vrijdag 25 januari 2002 op een landelijke richtlijnbijeenkomst ter discussie aan het publiek aangeboden. Voor deze bijeenkomst waren alle leden van alle relevante beroepsgroepen, gericht of via een aankondiging in een tijdschrift, uitgenodigd. De commentaren van deze bijeenkomst zijn verwerkt in de definitieve richtlijn.

Methode 3-gesprek

De methode '3-gesprek', gefaciliteerd door de NPCF (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie), bestaat uit een aantal gesprekken tussen patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een patiëntenpanel, bestaande uit vertegenwoordigers van de Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie en de Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom', hebben kwaliteitscriteria ontwikkeld. Deze kwaliteitscriteria vormen de uitgangspunten voor de methode

3-gesprek tussen patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een aantal patiënten en zorgaanbieders heeft zowel deelgenomen aan het 3-gesprek als aan de werkgroep om zo informatie uit te wisselen en de patiëntenparticipatie in de richtlijn optimaal te integreren. Twee producten van de methode 3-gesprek, te weten een aandachtspuntenlijst (voor de patiënt) en een communicatierichtlijn (voor de arts), zijn als bijlage aan deze richtlijn toegevoegd.

Wetenschappelijke onderbouwing

De aanbevelingen uit deze richtlijn zijn voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties in de Cochrane database, Medline en Embase. Hierbij is in de literatuur gezocht tot januari 2001. Daarna werden alleen nog nieuw verschenen systematische reviews toegevoegd. Ook werden andere richtlijnen aangaande specifieke lage rugklachten geraadpleegd. Na selectie door de werkgroepleden bleven de artikelen over die als onderbouwing bij de verschillende conclusies in de richtlijn staan vermeld. De geselecteerde artikelen zijn vervolgens door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijs. Hierbij is de onderstaande indeling gebruikt (tabel 1 en 2).

Tabel 1. Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht interventie

A1	Systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van de afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.
A2	Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie.
B	Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiëntcontroleonderzoek).
C	Niet-vergelijkend onderzoek.
D	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Tabel 2. Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht diagnostiek

A1	Onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests.
----	---

A2	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie. Het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multipelen, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie.
B	Vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd.
C	Niet-vergelijkend onderzoek.
D	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Na de beoordeling van de literatuur is op basis hiervan de conclusie geformuleerd. Deze conclusie heeft een bepaald niveau, afhankelijk van de mate van bewijs van de beschikbare literatuur over het deelonderwerp (*tabel 3*).

Tabel 3. Niveau van de conclusie op basis van de literatuuranalyse

1	Gebaseerd op één systematische review (A1) of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2.
2	Gebaseerd op ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B.
3	Gebaseerd op één onderzoek van niveau A2 of B, of op onderzoek van niveau C.
4	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

De beoordeling van de verschillende artikelen vindt u in de verschillende teksten terug onder het kopje 'wetenschappelijke onderbouwing'. Het wetenschappelijk bewijs is vervolgens kort samengevat in een 'conclusie'. De belangrijkste literatuur waarop deze conclusie is gebaseerd, staat bij de conclusie vermeld, inclusief de 'mate van bewijs'.

Voor het komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs vaak nog andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden vermeld onder het kopje 'overige overwegingen'. De 'aanbeveling' is het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen.

In de aanbevelingen wordt onderscheid gemaakt tussen interventies die worden aanbevolen en interventies die niet worden aanbevolen. Dat laatste kan, zoals in de conclusie aangegeven, het gevolg zijn van bewijs van negatief effect, maar ook van gebrek aan bewijs (bijvoorbeeld

er zijn te weinig of geen studies verricht of de studies rapporteren tegenstrijdige resultaten). De mening van de werkgroep geeft dan de doorslag in de aanbeveling.

Het volgen van deze procedure verhoogt de transparantie van de richtlijn. Het biedt ruimte voor een efficiënte discussie tijdens de werkgroepvergaderingen en vergroot bovendien de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn. De belangrijkste kenmerken van de beoordeelde studies zijn opgenomen in *bijlage 2*.

Het is gebleken dat voor veel interventies de evidence omtrent de effectiviteit nog niet duidelijk is. Om een goede afweging te kunnen maken is in een aantal gevallen nader wetenschappelijk onderzoek gewenst, bijvoorbeeld met betrekking tot interventies die reeds veelvuldig worden toegepast of waaraan een grote gezondheidswinst wordt toegeschreven.

Kosteneffectiviteit

Door toenemende aandacht voor kosten in de gezondheidszorg neemt het belang toe van richtlijnen die doelmatig handelen bevorderen. Het gaat daarbij om aanscherping van de indicatiestelling voor diagnostische en therapeutische interventies. Voor de richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten heeft het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA) de wetenschappelijke onderbouwing van de kosteneffectiviteit van verschillende interventies bij aspecifieke lage rugklachten geëvalueerd.

Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn. Daarbij werd expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Hierbij valt bijvoorbeeld alleen al te denken aan de multidisciplinaire samenstelling van de werkgroep en het instellen van een subgroep die zich specifiek bezighield met dit onderwerp.

De richtlijn wordt verspreid onder ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen. Daarnaast wordt er een samenvatting van de richtlijn gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde.

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op de 'gemiddelde patiënt', kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden. Na vaststelling van de richtlijn door de werkgroep is deze naar alle deelnemende verenigingen gestuurd, met de vraag deze door de ledenvergadering te laten accorderen en eventueel, waar nodig, een beroepsspecifieke afgeleide op te stellen. In een dergelijke beroepsspecifieke afgeleide richtlijn kan specifiek op de eigen taken worden ingegaan.

Herziening

De Medisch Wetenschappelijke Raad van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO beziet uiterlijk in 2006 of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

In aanvulling op deze richtlijn is inmiddels het initiatief genomen om te komen tot een richtlijn over 'Specifieke lage rugklachten'. Dit traject richt zich meer in detail op het invasieve beleid bij lage rugklachten. In ieder geval zullen aan de orde komen onderwerpen als: injecties met corticosteroïden, spinal cord stimulatie, radiofrequente laesies en chirurgische interventies.

In *bijlage 1* is een lijst met gebruikte afkortingen opgenomen.

Aanbevelingen

Diagnostiek

Het multifactoriële model dient het uitgangspunt te zijn voor de diagnostiek. Rode vlaggen vormen indicaties voor meer uitvoerige diagnostiek.

Met behulp van de anamnese en het lichamelijk onderzoek is de aanwezigheid van rode vlaggen vast te stellen.

Therapie acute aspecifieke lage rugklachten

Patiënten met acute aspecifieke lage rugpijn moet worden geadviseerd zoveel mogelijk actief te blijven. Aanbevolen wordt het bewegen ondanks pijn te stimuleren en de activiteiten tijdcontingent uit te breiden.

Patiënten met acute aspecifieke lage rugpijn wordt aanbevolen géén bedrust te nemen.

Overwogen moet worden patiënten met acute aspecifieke lage rugklachten die binnen vier tot zes weken niet beter gaan functioneren, te ondersteunen met actieve oefentherapie gericht op functioneren.

Manipulatie kan worden gebruikt als onderdeel van een activerend beleid bij patiënten met acute aspecifieke lage rugklachten die niet terugkeren naar hun normale activiteitsniveau.

Bij patiënten met acute aspecifieke lage rugklachten kan ter vermindering van de pijnklachten en ter ondersteuning van een activerend beleid pijnmedicatie worden voorgeschreven. Het middel van eerste keus is paracetamol. Bij onvoldoende effect kan worden overgegaan op een NSAID. Vanwege de risico's op bijwerkingen en afhankelijkheid zijn korte kuren met anxiolytica of zwakke opiaten (of combinaties hiervan met paracetamol/NSAID's) een laatste keus.

Niet aanbevolen

Bij patiënten met acute aspecifieke lage rugklachten worden niet aanbevolen:

- Bedrust
- Tractie
- Acupunctuur
- Tilgordels
- EMG-biofeedback

- Fysische modaliteiten
- TENS
- Massage
- Epidurale corticoïdinjecties
- Facetgewrichtinjecties
- Triggerpoint-injecties
- Ligamenteuze injecties
- Rugscholing
- Gedragstherapie in engere zin
- Multidisciplinaire behandelprogramma's

Therapie chronische aspecifieke lage rugklachten

Aanbevolen

Patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten moet worden geadviseerd zoveel mogelijk actief te blijven en bedrust te vermijden. Aanbevolen wordt bewegen ondanks pijn te stimuleren en de activiteiten tijdcontingent uit te breiden.

Oefentherapie kan worden aanbevolen bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten. Geadviseerd wordt een gevarieerd oefenprogramma aan te bieden. Tijdcontingente oefenprogramma's onder supervisie en gericht op het functioneren genieten de voorkeur.

Ter vermindering van het ziekteverzuim en ter verbetering van het functioneren zou rugscholing bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten kunnen worden overwogen.

Manipulatie kan worden gebruikt als onderdeel van een activerend beleid bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten die niet terugkeren naar hun normale activiteitsniveau.

Bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten kunnen – voor een korte periode – pijnstillers worden voorgeschreven, rekening houdend met mogelijke (ernstige) bijwerkingen, inclusief afhankelijkheid. Ook in de multidisciplinaire benadering is plaats voor kort-durend gebruik van pijnstillers. Het voorschrijven van pijnstillers voor langdurig gebruik (langer dan vier weken) is niet geïndiceerd. Middel van eerste keus is paracetamol. Bij onvoldoende effect kan worden overgegaan op tramadol of NSAID's en in laatste instantie opiaten.

Gedragstherapie in engere zin kan bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten worden aanbevolen.

Een multidisciplinaire behandeling gericht op functioneel herstel kan worden aanbevolen wanneer chronische aspecifieke lage rugklachten samengaan met een groot verlies van functioneren en waarbij eerdere behandelingen onvoldoende resultaat hebben gehad.

De werkgroep is van mening dat hoewel ligamentaire injecties een mogelijke behandeling kunnen zijn bij een beperkte groep patiënten, terughoudendheid op zijn plaats is gezien het invasieve en pijncontingente karakter.

Niet aanbevolen

Bij patiënten met chronisch aspecifieke lage rugklachten worden niet aanbevolen:

- Bedrust
- Tractie
- EMG-biofeedback
- Fysische modaliteiten
- TENS
- Massage
- Lumbale orthese
- Injectietherapie (epiduraal of intra-articulair) met corticosteroiden
- Scleroserende injecties of triggerpoint-injecties

Kosteneffectiviteit

Dure interventies zijn niet bewezen effectiever om het arbeidsverzuim terug te dringen dan goedkope interventies. Dure interventies moeten dan ook pas overwogen worden wanneer de goedkope alternatieven niet blijken aan te slaan.

Implementatie

Implementatie van de aanbevelingen omtrent de plaats van psychosociale diagnostiek in het behandeltraject vereist dat lokale verschillen van inzicht hierover tussen zorgverleners worden overbrugd.

Implementatie van aanbevelingen vereist de medewerking van patiënten; dit geldt vooral bij de aanbevelingen om fysiek actief te blijven, meestal geen röntgenonderzoek te verrichten en niet te opereren. Voorlichting aan het publiek kan dit ondersteunen.

Implementatie van de aanbevelingen omtrent het biopsychosociale model vereist dat lokaal wordt afgesproken bij welke patiënten een multidisciplinair behandelteam wordt ingeschakeld.

Behandeltraject aspecifieke lage rugklachten

Na overweging van de beschikbare wetenschappelijke evidentie heeft de werkgroep het op dit moment optimale traject voor de behandeling van aspecifieke lage rugklachten vastgesteld. Toepassing van dit traject wordt door de werkgroep aan artsen en paramedici aanbevolen. Verder spreekt de werkgroep de wens uit dat toekomstig wetenschappelijk onderzoek vooral gericht zal zijn op de effectiviteit en de efficiëntie van dit traject.

Men dient te beseffen dat de prognose goed is: verreweg de meeste mensen met acute lage rugpijn roepen geen medische of paramedische hulp in. De klachten verdwijnen meestal binnen enige dagen tot weken: spontaan herstel is de regel. Dat geldt ook voor opnieuw optredende rugklachten. De voor u liggende CBO-richtlijn handelt over lage rugpijn die wel tot professionele activiteit leidt.

Acute aspecifieke lage rugklachten

Rugpijn die korter dan zes weken duurt

Als een patiënt zich voor de eerste maal meldt met lage rugpijn, onderzoekt de arts allereerst of er al dan niet sprake is van een specifieke lichamelijke afwijking. Dit doet hij aan de hand van zogenoemde rode vlaggen. Als sprake is van een rode vlag, kan de arts overwegen röntgenopnamen in voor-achterwaartse en zijwaartse richting van de lumbale wervelkolom te laten maken of de patiënt naar een medisch specialist te verwijzen. Als hij bij anamnese en lichamenlijk onderzoek geen aanwijzingen vindt voor een lichamelijke afwijking, is er waarschijnlijk sprake van aspecifieke lage rugklachten. In dat geval is röntgenonderzoek niet zinvol; de overtuiging van een patiënt die anders verwacht, dient zo mogelijk veranderd te worden.

Hiermee is een duidelijke lichamelijke afwijking onwaarschijnlijk, maar is de diagnostiek nog niet afgerond! Immers, lage rugpijn dient met een multifactoriële bril te worden bekeken. Van de andere groepen 'factoren' zullen in de acute fase in ieder geval de emotionele reactie en de cognitieve attributie (opvattingen en ideeën) beoordeeld dienen te worden. Want naarmate de angst en onzekerheid ('distress') groter zijn, neemt de kans toe dat de klachten chronisch worden. Angst en onzekerheid zijn vaak een gevolg van catastroferende gedachten en blokkerende overtuigingen. Om zich een idee te vormen van deze factoren kan de arts gebruikmaken van het systeem van gele vlaggen. In de meeste gevallen zullen geruststelling ('de prognose is goed') en advies om de activiteiten geleidelijk volgens het tijdcontingente principe uit te breiden voldoende zijn ter ondersteuning van het gunstige beloop. Verder medisch ingrijpen is in dit stadium niet nodig of zinvol.

Als echter sprake is van een grote mate van distress, zal de behandelaar zijn patiënt uitgebreider en nadrukkelijker gerust dienen te stellen. Veelal zal hij daarbij de onjuiste attributies of catastroferende gedachten van zijn patiënt door middel van uitleg proberen te veranderen in een realistische cognitie: de angst van de patiënt betreft veelal negatieve verwachtingen voor de toekomst in relatie tot de rugpijn.

Als de patiënt zijn angst kwijt is en met vertrouwen de toekomst tegemoet ziet, zal hij durven meer te gaan bewegen en zijn dagelijkse activiteiten geleidelijk aan te normaliseren. Bovendien zal de patiënt bij afnemende angst ook vermindering van pijn ervaren. Van essentieel belang daarbij is het advies de activiteiten uit te breiden volgens het tijdcontingente principe. Zoals gezegd, de patiënt zal meer gaan bewegen als hij ervan overtuigd is dat bewegen met pijn geen kwaad kan en geen risico inhoudt. De arts zal de overtuiging van de patiënt dienen te toetsen. Als de patiënt aan het einde van het eerste consult nog tamelijk angstig en onzeker is, zal de huisarts hem bij voorkeur enkele dagen later opnieuw onderzoeken om verder te werken aan angstreductie met als doel chroniciteit te voorkomen.

De arts zal geen bedrust aanraden. Wel kan hij eventueel kortdurend pijnmedicatie voorschrijven ter ondersteuning van het activerend beleid. De eerste keus hierbij is paracetamol, de tweede keus betreft NSAID's. Ook kan hij de patiënt verwijzen naar een behandelaar die de techniek van manipulatie beheerst. In deze fase is, zoals gezegd, verwijzing naar een medisch specialist of een andere hulpverlener niet geïndiceerd.

Als de patiënt aan het einde van het eerste consult gerustgesteld is, spreekt de arts met hem af zich weer te melden als de klachten na ongeveer vier weken nog aanzienlijk zijn of als zijn dagelijks functioneren na zes weken nog beperkt is en geen verbetering vertoont.

Als een patiënt zich dan voor de tweede maal meldt, onderzoekt de arts wederom of al dan niet sprake is van een lichamelijke afwijking. Verder gaat hij opnieuw de andere assen van de multifactoriële diagnostiek na: hij vormt zich een idee over de emotionele reactie, over de cognities en de attributies van de patiënt en over diens gedrag. Hoe kijkt de patiënt tegen zijn klachten aan, hoe gaat hij ermee om en is er al een vorm van pijnvermijndend gedrag ontstaan? Ook vormt de behandelaar zich een idee over de werksituatie van de patiënt.

Als nog steeds sprake is van de diagnose aspecifieke rugpijn, zal hij opnieuw trachten aan de hand van het multifactoriële model een ontwikkeling naar chronische rugpijn te voorkomen. Als het risico hiertoe aanwezig is, gaat in deze fase (vier tot zes weken na het begin) de voorkeur uit naar verwijzing voor intensieve tijdcontingente oefentherapie. De oefentherapie heeft een voor de patiënt normaal dagelijks activiteitenpatroon tot doel.

Tijdens de behandeling gaat de paramedicus in op de denkbeelden van de patiënt en de wijze waarop de patiënt met de rugpijn omgaat. Herhaling van eensluitende informatie en adviezen blijkt vaak nodig.

Na drie weken wordt het effect van de behandeling geëvalueerd. Als dan geen verbetering in het dagelijks functioneren is opgetreden of als zich abnormaal pijngedrag (zie symptomen van Waddell, gele vlaggen) aan het ontwikkelen is, kan verwijzing naar een multidisciplinair team met ervaring in behandeling van chronische pijnklachten en hun gevolgen worden overwogen. Bij verbetering kan de behandeling worden afgerond volgens een afgesproken schema.

Aan dit activerende beleid kan zo nodig ook manipulatie worden toegevoegd. Andere interventies, zoals lokale injecties, tractie of orthesen, dienen niet te worden geadviseerd. Verwijzing naar een medische specialist is uitsluitend geïndiceerd als duidelijke aanwijzingen voor een lichamelijke afwijking aanwezig zijn (rode vlaggen), of als de arts blijft twijfelen over de vraag ‘specifiek of aspecifiek’.

Rugpijn die langer dan zes en korter dan twaalf weken bestaat

In deze fase kan al bijna sprake zijn van chronische lage rugklachten. Als de patiënt zich dan voor het eerst bij zijn arts meldt, dient deze diagnostiek te bedrijven volgens het multifactoriële model:

- Lichamelijke afwijking: ja of nee?
- Emotionele reactie: grote of geringe mate van distress?
- Cognities en attributies: catastroferende gedachten of blokkerende overtuigingen?
- Gedragsverandering: pijnvermijndend en inadequaaf pijngedrag? (anamnese en lichamenlijk onderzoek volgens Waddell).

Op grond van de bevindingen zal de arts een behandelplan opstellen. In dit plan worden de verschillende relevante aspecten aangepakt zoals hierboven beschreven.

Chronische aspecifieke lage rugklachten

Als de klachten langer dan twaalf weken aanwezig zijn en als deze samengaan met een sterk verminderd functioneren, is er sprake van chronische lage rugpijn. Deze toestand zal samenhangen met inadequaaf pijngedrag en vooral ook angst om te bewegen. Dit veranderd gedrag is vaak een gevolg van de attributies van de patiënt over zijn ‘ziekte’ en de kans op genezing. Daarbij kan sprake zijn van catastrofale gedachten, zoals: ‘Ik heb een ernstige ziekte, die alleen nog niet ontdekt is.’ Vaak is ook sprake van negatieve gevoelens ten aanzien van hulpverleners en een grote vraag naar medicatie en medisch ingrijpen. Ook dat is gebaseerd op onjuiste gedachten van de patiënt. Verder is het vertrouwen in de eigen arts in deze fase bij velen verminderd. Dat leidt dan tot vragen om een ‘second opinion’ en om verwijzing naar nog een medisch specialist. De patiënt raakt in een neerwaartse spiraal wat betreft de kwaliteit van leven. Het is duidelijk dat in een dergelijke situatie alleen sprake is van een zinnige effectieve behandeling als die multifactorieel is: een zogenoemde cognitieve gedragsmatige aanpak. Een dergelijke zeer intensieve behandeling kan door een individuele behandelaar worden uitgevoerd; in veel gevallen zal echter de keuze op een multidisciplinair team vallen.

Ook in deze fase zal de diagnostiek volgens het multifactoriële model dienen te worden uitgevoerd. Het directe doel van de therapie zal terugkeer naar een voor de patiënt normaal dagelijks activiteitenpatroon zijn, niet alleen met de bedoeling de pijn te verminderen. Behandeling door een multidisciplinair behandelteam kan worden aanbevolen: chronische aspecifieke lage rugpijn hoeft een normaal sociaal maatschappelijk functioneren niet in de weg te staan. Dat dient dan ook de doelstelling van de behandeling te zijn. In deze fase kan manipulatie worden gebruikt.

De patiënt dient begeleid te worden volgens een duidelijk schema en op vaste tijden. Een goede coördinatie is essentieel, ook van kleine details zoals het woordgebruik dat wordt gebezigd ten opzichte van de patiënt. Eén persoon dient centraal te staan. Deze deskundige is verantwoordelijk voor de coördinatie van de verschillende teamleden en voor de communicatie met de patiënt.

Het is immers, zoals gezegd, van groot belang dat de verbale en non-verbale communicatie met de patiënt op een eenvormige en heldere manier plaatsvindt. Verwarrende, tegenstrijdige uitspraken dienen te worden vermeden. Met opzet noemt de commissie hierbij geen bepaalde beroepsgroepen of behandelomgevingen, omdat ervaring en expertise voor het uitvoeren van de beschreven principes belangrijker zijn dan het beroep van de individuele hulpverlener.

Een aantal behandelingen dient niet te worden toegepast bij chronische aspecifieke lage rugklachten, omdat bewezen is dat ze niet nuttig zijn of omdat er geen onderzoek naar hun effectiviteit is verricht. Het gaat hierbij concreet om de volgende methoden: bedrust, tractie, TENS, EMG-biofeedback, fysische behandelmodaliteiten (bijvoorbeeld UKG), massage, lumbale orthese en enkele vormen van injectietherapieën.

Pijnmedicatie kan geadviseerd worden voor korte duur, vooral bij acute exacerbaties van bestaande chronische klachten. Langdurig gebruik moet worden vermeden.

Van bedrijfsgeneeskundige zijde wordt aangegeven dat in politieke kringen in toenemende mate de werkgever bij langdurig ziekteverzuim (>12 weken) verantwoordelijk wordt geacht voor en aangesproken op reïntegratie en adequate bedrijfsgeneeskundige begeleiding. Hieruit vloeit voort dat de werkgever in overleg met de bedrijfsarts kan besluiten zijn werknemer buiten de gezondheidszorg om een professionele behandeling aan te bieden die te werk gaat volgens cognitieve gedragsmatige principes en die (eerdere) werkhervatting tot doel heeft. De bedrijfsarts dient zijn beleid in dat geval af te stemmen met de huisarts, conform de richtlijn over samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts.

Hoofdstuk 1

Aspecifieke lage rugklachten: een inleiding

Definitie

Lage rugklachten: Pijn of andere als ongewenst ervaren sensaties laag in de rug, al dan niet met uitstraling in één of beide benen.

Aspecifiek: Een lichamelijke afwijking die de rugklachten kan verklaren is niet gevonden.¹

Incidentie en prevalentie

Bijna alle volwassenen krijgen ooit te maken met een episode met lage rugklachten. In epidemiologische studies in de open bevolking rapporteert 60-90% ooit last van lage rugpijn te hebben gehad. Het aantal nieuwe gevallen (incidentie) van lage rugpijn in de open bevolking wordt geschat op 50-250 per 1.000 personen per jaar.

In de huisartspraktijk bedraagt de incidentie 30-40 per 1.000 patiënten per jaar,¹ en de jaarlijkse prevalentie bedraagt 35 per 1.000 ingeschreven patiënten.²

Lage rugklachten gaan gepaard met hoge maatschappelijke kosten. De directe medische kosten vanwege lage rugpijn werden in 1991 geschat op 688 miljoen gulden, terwijl de indirecte kosten vanwege werkverzuim en arbeidsongeschiktheid in datzelfde jaar werden geschat op 8,3 miljard gulden.³

Oorzaken

In de meeste gevallen, ongeveer 95% van de mensen die zich met lage rugklachten bij hun huisarts melden, zijn de klachten aspecifiek. De precieze oorzaak van de klachten is bij deze patiënten niet aan te geven. Ook tijdens de zwangerschap komen aspecifieke lage rugklachten vaak voor. Tot op heden is het niet mogelijk gebleken een anatomisch substraat te vinden dat bij patiënten met aspecifieke lage rugpijn op betrouwbare en valide wijze de klachten kan verklaren. Voor de meeste gevallen is het echter niet nodig om een precieze oorzaak of diagnose vast te stellen om een adequate begeleiding en behandeling te geven.

Een in de internationale literatuur veel gehanteerde onderverdeling van patiënten met aspecifieke lage rugpijn is gebaseerd op de duur van de klachtenepisode. Hierbij is acute lage rugpijn, aspecifieke lage rugpijn die korter dan zes weken bestaat, subacute lage rugpijn, aspecifieke lage rugpijn tussen de zes en twaalf weken, en chronische lage rugpijn, aspecifieke lage rugpijn die langer dan twaalf weken bestaat.

Ten aanzien van deze definitie van chronische lage rugpijn, die uitsluitend gebaseerd is op de duur van de episode, zijn enige kanttekeningen te plaatsen. Binnen de commissie is uitvoerig

overleg gevoerd over de vraag wanneer een patiënt als ‘chronisch’ is te kwalificeren. Naar aanleiding van deze discussie is besloten om voor de definitie van ‘chronische’ patiënten en voor het indicatiegebied voor multidisciplinaire behandeling niet alleen de tijdsduur als criterium te hanteren, maar ook de mate waarin kenmerken van chronisch ziektegedrag aanwezig zijn. Verder wordt het woord chronisch in de term ‘chronisch intermitterend’ ook gebruikt voor mensen met zeer frequente recidieven. Op grond van deze kenmerken is het mogelijk dat de rugpijn van patiënten die in de huidige episode korter dan twaalf weken last hebben, toch als ‘chronisch’ gekwalificeerd wordt.

Onder ‘ziektegedrag’ of ‘pijngedrag’ wordt de respons van de patiënt op de pijn verstaan. Bij chronische pijn kan het ontstane pijngedrag onbewust de pijn onderhouden en het dagelijks functioneren bepalen. Dit zal zich bij de meeste patiënten uiten in een cascade van verschijnselen op psychisch, fysiek en sociaal gebied. In dat geval wordt ook wel gesproken van inadequaat pijngedrag. Daarbij zal meestal geen sprake zijn van een lichamelijke afwijking. Toch kan inadequaat pijngedrag wel degelijk ontstaan bij iemand met een lichamelijke afwijking: inadequaat pijngedrag sluit lichamelijke pathologie dus niet uit.

Specifieke oorzaken

Een radiculair syndroom op basis van een discusafwijking van het segment L4-L5 of L5-S1 is verreweg de meest voorkomende specifieke afwijking ter verklaring van lage rugpijn. Ten aanzien van de diagnostiek en behandeling van het lumbosacrale radiculare syndroom zijn er separate richtlijnen en standaarden beschikbaar.⁴⁻⁶ Bij een aantal mensen bestaat een mengbeeld: een radiculair syndroom kan in de loop van een episode met aspecifieke lage rugklachten ontstaan, en na het genezen van een radiculair syndroom kan een patiënt aspecifieke rugklachten overhouden.^{4,5} Meer zeldzame specifieke afwijkingen ter verklaring van rugklachten zijn (vooral boven de 55 jaar) maligne aandoeningen, osteoporotische wervelfracturen, stenose en (vooral onder de 40 jaar) spondylitis ankylopoetica (ziekte van Bechterew) en ernstige vormen van spondylolisthesis.⁷⁻¹⁰

Over de diagnostiek en behandeling van specifieke lage rugklachten is momenteel een andere multidisciplinaire richtlijn in ontwikkeling. Omdat er bij aspecifieke rugklachten in principe geen anatomisch substraat is, is er ook geen indicatie voor operatieve ingrepen, worden hierover in de richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten geen aanbevelingen gedaan.

Natuurlijk beloop

De prognose van lage rugpijn is in de meeste gevallen gunstig. In de open bevolking herstelt 50% binnen een week en 95% binnen drie maanden. Bij patiënten die bij de huisarts komen, duurt het herstel langer. Na vier weken is eenderde van de klachten af en na zes weken de helft. De ernst van de pijn neemt overigens al in de eerste weken snel af. Rugklachten worden ook gekarakteriseerd door hun recidiverende karakter.¹¹ In ongeveer 50-80% van de gevallen recidiveren de klachten, in minder ernstige vorm, binnen een jaar.

Verwachtingen van patiënten over de behandeling van rugpijn

Er is inmiddels veel onderzoek verricht naar de effectiviteit van behandeling. Hieruit komt naar voren dat er in de acute fase slechts weinig effectieve behandelmethoden zijn. Die komen eigenlijk neer op geruststelling over de prognose, pijnstilling en voorlichting. Er zijn studies waaruit blijkt dat er een discrepantie is tussen de effectiviteit en de tevredenheid van patiënten. Zowel uit kwantitatief als kwalitatief onderzoek blijkt dat patiënten over verschillende aspecten van de behandeling van rugpijn ontevreden zijn. Deels betreft dit de communicatie met de behandelaar die in ogen van veel patiënten te weinig luistert naar de problemen en te weinig uitleg geeft over de medische achtergronden.^{12,13} Uit verschillende onderzoeken blijkt dat patiënten meer tevreden zijn over artsen die een beleid voeren dat gebaseerd is op activering en zelfzorg.^{14,15} Ontevredenheid van de patiënt over de behandeling leidt ertoe dat adviezen slechter worden opgevolgd en er minder bereidheid is om de hulpverlener opnieuw te consulteren. Daarom wordt geadviseerd bij de diagnostiek en behandeling de verwachtingen van de patiënt mee te nemen.

Literatuur

1. Faas A, Chavannes AW, Koes BW, Hoogen JMM van den, Mens JMA, Smeele LJM, et al. NHG-Standaard Lage-rugpijn. Huisarts Wet 1996; 39: 18-31.
2. Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
3. Tulder MW van, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. Pain 1995; 62: 233-40.
4. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. Consensus het lumbosacrale radiculare syndroom. Utrecht: CBO, 1995.
5. Smeele IJM, Hoogen JMM van den, Mens JMA, Chavannes AW, Faas A, Koes BW, et al. NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom. Huisarts Wet 1996; 39: 78-89.
6. Gezondheidsraad. Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom. Den Haag: Gezondheidsraad, 1999.
7. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? JAMA 1992; 268: 760-5.
8. Hoekstra GR. Rugafwijkingen zonder klachten. Huisarts Wet 1983; 26: 9-14.
9. Hoogen JMM van den, Koes BW, Eijk JThM van, Bouter LM. On the accuracy of history, physical examination and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low-back pain in general practice. Spine 1995; 20: 318-27.
10. Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monographie for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine 1987; 12 (supp7): S1-S9.
11. Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, Thomas E, Silman AJ. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. Br Med J 1998; 316: 1356-9.
12. Deyo RA, Diehl AK. Patient satisfaction with medical care for low-back pain. Spine 1986; 11: 28-30.
13. Chew CA, May CR. The benefits of back pain. Fam Practice 1997; 14: 461-5.
14. Korff M von, Barlow W, Cherkin D, Deyo RA. Effects of practice style in managing back pain. Ann Intern Med 1994; 121: 187-95.
15. Weide WE van der, Verbeek JH, Dijk FJ van. Relation between indicators for quality of occupational rehabilitation of employees with low back pain. Occup Environ Med 1999; 56: 488-93.

Hoofdstuk 2

Diagnostiek bij aspecifieke lage rugklachten

Inleiding

Aspecifieke lage rugklachten is een ‘diagnose’ op basis van uitsluiting van ‘een lichamelijke afwijking die de klachten verklaart’. Indien er geen rode vlaggen aanwezig zijn, kan men de werkdiagnose aspecifieke lage rugklachten hanteren.

Empirie, de ervaring en de resultaten van multidisciplinaire behandeling van patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten maken duidelijk dat het een multifactorieel bepaald probleem is. Er bestaat consensus, zowel onder behandelaars als onder de leden van de werkgroep, dat diagnostiek van verschillende groepen factoren (‘multi-axiaal’) van belang is in de acute en chronische fase van lage rugklachten.

De duur van de klachten is niet relevant voor de diagnostiek: of iemand zich met acute klachten dan wel met chronische klachten voor het eerst meldt bij een arts, steeds dient een lichamelijke afwijking die de klachten kan verklaren, bevestigd dan wel uitgesloten te worden. Aspecifieke acute rugpijn heeft een gunstig beloop. Immers, de overgrote meerderheid van de mensen zal binnen enkele weken weer normaal en klachtenvrij kunnen functioneren.

Na herstel kan de rugpijn weer terugkomen. Er zijn schattingen dat bij 60% van de patiënten de klachten binnen één jaar, in minder hevige vorm, recidiveren. Indien het bij een enkele recidiefklacht blijft, wordt dit als een nieuwe acute episode beschouwd. Indien de klachten frequent recidiveren, bijvoorbeeld meer dan drie keer (langer dan een week) gedurende een periode van zes maanden, wordt het onderscheid met chronische klachten steeds minder groot.

Multifactoriële diagnostiek

Bij mensen met lage rugpijn kan een aantal factoren een rol spelen bij het chronisch worden van de klachten terwijl functioneel herstel uitblijft. Vanuit een dergelijke multifactoriële wijze van kijken is een diagnostisch model met allerlei meetinstrumenten in ontwikkeling. De werkgroep benadrukt het belang van deze wijze van kijken: het beleid van hulpverleners bij rugpijn zou in de ogen van de werkgroep gestoeld dienen te zijn op deze multifactoriële zienswijze.¹⁵ Het hieronder beschreven diagnostisch model is naar de mening van de werkgroep goed toe te passen binnen de verschillende disciplines die zich met de behandeling van mensen met rugpijn bezighouden. Binnen de psychologie is een aantal meetinstrumenten ontwikkeld specifiek voor de niet-lichamelijke factoren. Echter, de prognostische waarde van dergelijke vragenlijsten is slechts in beperkte mate onderzocht.⁶

Multifactoriële diagnostiek heeft alleen zin als therapeutische mogelijkheden bestaan om toe te passen bij positieve bevindingen in de verschillende groepen. Onderzoek naar prognostische factoren en effectstudies van therapieën geven aan dat naarmate lage rugklachten langer bestaan, ze moeilijker te beïnvloeden zijn. Als de klachten eenmaal chronisch zijn geworden, gaan ze vaak gepaard met eveneens lang bestaande en complexe stoornissen in andere deelgebieden van het multifactoriële model. Experts in binnen- en buitenland gaan ervan uit dat een activerende benadering van hulpverleners gericht op functioneel herstel (ondanks de pijn) en op een positieve cognitie en attributie in alle fasen van het beloop bijdragen tot het voorkomen van chroniciteit en tot herstel van het dagelijks functioneren.^{1,3}

Achtereenvolgens komen nu de verschillende groepen factoren aan de orde:

1. Lichamelijke afwijkingen.
2. Aard van de klachten.
3. Emotionele reactie.
4. Cognitie en attributie.
5. Gedrag.

1. Lichamelijke afwijkingen

Om de diagnose ‘aspecifieke rugpijn’ te stellen, dienen lichamelijke afwijkingen die de klachten kunnen verklaren, uitgesloten te worden. De werkgroep adviseert daartoe het systeem van rode vlaggen te gebruiken.¹ Rode vlaggen worden in de ‘European Guidelines for the management of acute nonspecific low backpain in primary care (in preparation)’ als volgt gedefinieerd:⁷ ‘Rode vlaggen zijn risicofactoren in de voorgeschiedenis van patiënten met lage rugpijn die zijn geassocieerd met een grotere kans op de aanwezigheid van een lichamelijke afwijking die de lage rugpijn verklaart in vergelijking met de voorgeschiedenis van patiënten zonder deze risicofactoren.’

Rode vlaggen zijn:

- Debuut rugklachten optredend voor het 20^e of na het 55^e jaar.
- Trauma.
- Constante progressieve rugpijn.
- Maligne aandoening in de voorgeschiedenis.
- Langdurig gebruik van corticosteroïden.
- Drugsgebruik, immunosuppressie, HIV.
- (Regelmatig) algemene malaise.
- Onverklaard gewichtsverlies.
- Neurologische uitval (motorische uitval, sensibiliteitsstoornissen en/of mictiestoornissen).
- Lumbale kyfose en/of verstreken lumbale lordose.
- Infectieuze aandoening.

Deze rode vlaggen zijn te vinden door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek.

Anamnese

- Uitstralende pijn in een been?
- De pijn in het been staat op de voorgrond?
- Klachten van spierzwakte of verlamming in been, bekken of heupen en/of gevoelsverlies en/of mictiestoornissen?
- Maligne aandoening of trauma in de voorgeschiedenis?
- Gewichtsverlies en/of algemene malaise?
- Medicijngebruik toetsen.
- Psychosociale anamnese, onder andere arbeidsfactoren.
- Nachtelijke pijn.

Lichamelijk onderzoek

- Positieve wortelrekproef (Lasègue, Bragard, omgekeerde en gekruiste Lasègue)?
- Neurologische uitval (motoriek, sensibiliteit en/of mictie)?
- Drukpijn ter plaatse van een geïsoleerde processus spinosus met asdrukpijn van de wervelkolom?
- Palpabel trapje in verloop van processus spinosi (mogelijk een spondylolisthesis)?
- Lumbale kyfose en/of verstreken lumbale lordose?

Neurologische uitval, asdrukpijn van de wervelkolom en een trapje in het verloop van de processus spinosus vergroten de kans op een eventuele afwijking, maar geven geen absolute zekerheid over de aanwezigheid van een manifeste afwijking. Afwezigheid van deze kenmerken kan dat evenmin uitsluiten.

2. Aard van de klachten

Men dient inzicht te krijgen in het patroon van de pijn of van eventuele andere sensaties qua ernst, duur en locatie.

Naast het beloop in de tijd is ook de door de patiënt ervaren vermindering van dagelijks functioneren in relatie tot de klachten van belang. Aan de ene kant zijn er patronen die duiden op een lichamelijke afwijking, bijvoorbeeld segmentale pijn in een been wijzend op een radiculair syndroom, terwijl anderzijds klachtenpatronen kunnen wijzen op een zich ontwikkelend pijngedrag en dreigende chroniciteit. Deze laatste groep factoren wordt wel omschreven als ‘gele vlaggen’.

Gele vlaggen zijn beschreven door Waddell, bijvoorbeeld:⁸

- Veelvuldige behandelingen met ongewenste neveneffecten.
- Pijnmedicatie zonder effect op de klachten.
- De patiënt ervaart in toenemende mate functionele beperkingen.
- Niet alleen rugklachten, maar allerlei lichamelijke klachten.
- Afnemend psychisch en emotioneel welbevinden.
- Toenemend sociaal isolement.

- Verlies van vertrouwen in, ja zelfs conflicten met hulpverleners en/of met mensen in de eigen werkomgeving.

3. Emotionele reactie

Naarmate angst, onzekerheid en gevoelens van depressiviteit (distress) toenemen, neemt de kans op een chronisch beloop eveneens toe.⁹ Daarom is het van belang ook in de acute fase vast te stellen in hoeverre sprake is van distress. Als deze distress in de acute fase aanzienlijk is, zal dit uiteraard consequenties hebben voor het therapeutisch beleid. Dit zal dan gericht dienen te zijn op het reduceren van die angst en onzekerheid. Anderzijds blijkt bij het chronisch worden van de klachten bij velen de emotionele reactie, met name het gevoel van uitzichtloosheid en hulpeloosheid, toe te nemen.

Ook hier raadt de werkgroep aan gebruik te maken van gele vlaggen:

- De patiënt benoemt zijn klachten in superlatieven.
- Hij heeft angst voor pijn en letsel en gaat daardoor minder bewegen.
- Toenemend gevoel van hulpeloosheid, machteloosheid, depressiviteit.
- Afnemend gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen.
- Afnemend vermogen om bekrachtigers van gezond gedrag te ontlenen aan dagelijkse activiteiten.

4. Cognitie en attributie

De emotionele reactie die een mens vertoont in relatie tot gebeurtenissen, dus ook in relatie tot acuut optredende klachten, hangt sterk samen met wat hij daarover denkt en met de overtuigingen die hij heeft. Meer concreet betekent dit het volgende: als iemand met acute rugklachten denkt dat 'hij een ernstige ziekte heeft en dat hij misschien wel in een rolstoel zal komen, omdat hij immers al ruim 40 is en iedereen van zijn beroepsgroep na zijn 40^e versleten is', is het begrijpelijk dat hij een emotionele reactie van distress zal vertonen. Als deze gedachten en overtuigingen niet verdwijnen, zal hij in de loop van de tijd zijn gedrag steeds meer aan die gedachten gaan aanpassen en werken deze gedachten en overtuigingen blokkerend ten opzichte van functioneel herstel.

Gele vlaggen in dit kader zijn:

- Voortdurende fixatie op een mogelijke ernstige lichamelijke afwijking als verklaring van de klachten.
- Steeds weer vragen om meer en specialistisch onderzoek.
- Cognities als: 'Ik kan niets' en 'Ik kan er niets aan doen'.

5. Gedrag

Zoals hierboven beschreven kan sprake zijn van een gedragsverandering als reactie op angst en onzekerheid die een gevolg zijn van bepaalde gedachten en overtuigingen. Immers, als een patiënt ervan overtuigd is dat hij door bepaalde activiteiten te ondernemen het probleem

alleen maar kan verergeren, zal hij die activiteiten gaan vermijden. Men spreekt dan ook van vermijdingsgedrag. Dit patroon vertoont grote individuele verschillen bij patiënten met chronische rugpijn.

Gele vlaggen in dit kader zijn:

- Overmatig medicijngebruik.
- 'Shopping'-gedrag.
- Toenemende conflicten met omgeving, behandelaars, werkgever, enzovoort.
- Afnemende sociale participatie.
- Langdurig ziekteverzuim c.q. WAO.
- Inadequaat pijngedrag.

Dit laatste aspect is qua patroon van de klachten beschreven onder groep 2. Echter, factoren die wijzen op inadequaat pijngedrag, kunnen niet alleen uit de anamnese naar voren komen, maar ook worden gevonden bij lichamelijk onderzoek.⁸⁻¹⁰

Bij lichamelijk onderzoek wijzen de volgende kenmerken op inadequaat pijngedrag:

- Niet duidelijk lokaliseerbare pijn.
- Aangeven van pijn wanneer belasting wordt gesimuleerd.
- Klachten van motorische/sensibele uitval niet overeenkomend met anatomische grenzen.
- Abnormale symptomen bij afleiding van de patiënt.
- Overreactie.

Voor achtergrondinformatie bij de gele vlaggen wordt de lezer verwezen naar de originele tekst van Waddell.¹⁰

Aanbevelingen

Het multifactoriële model dient het uitgangspunt te zijn voor de diagnostiek. Rode vlaggen vormen indicaties voor meer uitvoerige diagnostiek.

Met behulp van anamnese en lichamelijk onderzoek is de aanwezigheid van rode vlaggen vast te stellen.

Literatuur

1. Faas A, Chavannes AW, Koes BW, Hoogen JMM van den, Mens JM, Smeele LJM, et al. NHG-Standaard Lage-rugpijn. Huisarts Wet 1996; 39: 18-31.
2. Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M (eds). Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monographie for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine 1987; 12: 1-59.
3. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. Spine 1987; 12: 632-44.
4. Mayou R, Bass C, Sharpe M (eds). The treatment of functional somatic symptoms. Oxford: Oxford University Press, 1995.
5. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? Lancet 1999; 354: 936-9.
6. Crombez G, Vlaeyen JWS. Assessment van de patiënt met rugpijn. In: Vlaeyen JWS, Heuts PHTG (red). Gedrags-

georiënteerde behandelingsstrategieën bij rugpijn. Cure & Care development. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.

7. Tulder MW van, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care (in preparation).
8. Waddell G, Main CJ. Illness behavior (ch. 10). In: The back pain revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.
9. Waddell G, Main CJ, Morris EW, Di Paola MP, Gray ICM. Chronic low back pain, psychologic distress, and illness behavior. Spine 1984; 9: 209-13.
10. Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, Venner RM. Non-organic physical signs in low back pain. Spine 1980; 5: 117-25.

Beeldvormende diagnostiek bij aspecifieke lage rugklachten

Wetenschappelijke onderbouwing

De diagnose ‘aspecifieke lage rugklachten’ houdt in dat een specifieke lichamelijke afwijking ter verklaring van de klacht is uitgesloten. Beeldvormend onderzoek heeft daarbij een plaats, maar de vraag is wanneer en bij wie. Bij het overgrote deel van de patiënten (85-95%) is geen specifieke diagnose aantoonbaar, terwijl een deel van deze ‘diagnosen’ geen aantoonbare relatie heeft met lage rugklachten.¹ De vraag naar beeldvormend onderzoek is desondanks groot. Artsen zullen daarom vaak moeten uitleggen waarom beeldvormende diagnostiek onnodig is. Gegevens uit de literatuur en consensus van deskundigen vormen de onderbouwing van de aanbeveling om beeldvormende diagnostiek te reserveren voor patiënten met rode vlaggen. In het geval van het ontbreken van rode vlaggen kan ook het beloop c.q. het uitblijven van functioneel herstel reden zijn om beeldvormende diagnostiek te overwegen.

Het diagnostisch arsenaal van de radioloog bestaat uit conventioneel röntgenonderzoek in twee of vier richtingen, een botscan eventueel met SPECT, CT, NMR, myelografie en botdensitometrie met CT of DEXA-meting. De standaard overzichtsfoto in voor-achterwaartse en dwarse richting is het meest toegankelijk voor de huisarts. Als aanwijzingen bestaan om meer uitvoerig beeldvormend onderzoek te verrichten zal de arts bij voorkeur een verwijzing naar een medisch specialist overwegen.

Mogelijke te stellen diagnosen op conventioneel röntgenonderzoek in relatie tot lage rugpijn zijn inmiddels goed uitgekristalliseerd. De volgende aandoeningen zijn te relateren aan pijn:² fracturen, wervelaantasting door een metastase, osteomyelitis, osteoporotische inzakkingen, ernstige houdingsafwijkingen.

Als deze diagnosen worden overwogen, is het aanvragen van een foto door de huisarts zinvol (bij voorkeur in het ziekenhuis waarheen de eventuele verwijzing zou geschieden).

Een verdenking op een fractuur is reden voor nader specialistisch onderzoek.

Patiënten verdacht van een osteoporotische wervelinzakking zijn bij uitstek kandidaat voor röntgenonderzoek. Als op grond van leeftijd, kliniek en anamnese dit de meest waarschijnlijke diagnose lijkt en de huisarts dit zelf wil behandelen, is een bevestiging met een röntgenonderzoek op zijn plaats. Helaas is het zo dat alleen röntgenonderzoek geen 100% zekerheid geeft over de diagnose fractuur, ook bijvoorbeeld werveldestructie door metastasen kan vergelijkbare beelden geven. Toch zal het veelal goed mogelijk zijn in combinatie met de klachten en lichamelijke verschijnselen voldoende zekerheid te verkrijgen.

Voor het interpreteren van het röntgenverslag dient men zich te realiseren dat de radioloog (helaas) veelal enkel een morfologische beschrijving geeft zonder de klinische relevantie te duiden. Een aantal van de regelmatig beschreven afwijkingen op foto's van de lumbale wervelkolom vormt niet per definitie de verklaring voor lage rugklachten:^{2,3} degeneratieve veranderingen en spondylarthrosis, spina bifida, anomalieën en osteoporose. De diagnose osteoporose is in afwezigheid van fracturen niet altijd betrouwbaar met röntgenonderzoek te stellen. Een botdichtheidsmeting met DEXA is dan noodzakelijk.

De volgende overwegingen om de patiënt röntgenonderzoek te onthouden, worden regelmatig gehanteerd:

- Schadelijke effecten van ioniserende straling (bij een volwassen patiënt zeer gering).
- Ongewenste neveneffecten zoals rolbevestiging (te voorkomen door een adequate informatievoorziening).
- Fout-positieve of fout-negatieve bevindingen (geldend voor iedere vorm van diagnostiek).

Het is goed om hierbij ook in overweging te nemen welke verwachtingen patiënten hebben (zie pagina 34).⁴ Het zou onjuist zijn om patiënten met rode vlaggen beeldvormend onderzoek te onthouden op basis van deze overwegingen.

Beeldvormende technieken anders dan de blanco foto worden tot op heden door de huisarts zelden aangevraagd. Het is niet ondenkbaar dat MRI in de toekomst een belangrijkere rol gaat spelen. Deze techniek is door zijn grote sensitiviteit en zijn niet-invasieve en onschadelijke karakter uitermate geschikt voor een plaats vroeg in de diagnostische ‘work-up’. Op dit moment is het helaas nog niet zover dat er een goede correlatie is tussen de afwijkingen op MRI en de kliniek. Onderzoek hiernaar is in volle gang.

Aanbeveling

Beeldvormend onderzoek is niet aangewezen bij een patiënt met acute aspecifieke lage rugklachten zonder rode vlaggen.

Literatuur

1. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? JAMA 1992; 268: 760-5.
2. Hall FM. Back pain and the radiologist. Radiology 1980; 137: 861-3.
3. Frymoyer JW, Newberg A, Pope MH, Wilder DG, Clements J, MacPherson B. Spine radiographs in patients with low-back pain: an epidemiological study in men. J Bone Joint Surg 1984; 66-A(7): 1048-55.
4. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. Br Med J 2001; 322: 400-5.

Patiëntenverwachtingen

In kwalitatief onderzoek naar opvattingen van patiënten komt naar voren dat patiënten moeite hebben met het gegeven dat rugpijn ‘onzichtbaar’ is. Ze verwachten van een arts dat er onderzoek wordt verricht om de pijn of de oorzaak ervan te objectiveren: ‘You can’t fix a car by looking at it’. Als oplossing voor hun onvermogen om goed te functioneren gaan patiënten op zoek naar de oorzaak van hun pijn. Het zoeken van hulp heeft voor hen betekenis in de legitimatie van de pijnklachten. Diagnostische tests vormen daarvan een belangrijk onderdeel. Bij het bespreken van het diagnostisch beleid met de patiënt dient hierop te worden ingegaan.^{1,2} Dit gegeven wordt bevestigd in een RCT waarbij de tevredenheid van rugpijnpatiënten groter is wanneer zij een röntgenonderzoek hebben ondergaan. Overigens rapporteren patiënten die een röntgenonderzoek hebben ondergaan, meer klachten. In zowel de experimentele als de controlegroep zou 80% van de patiënten voor röntgenonderzoek kiezen als ze de keuze hadden.³

Literatuur

1. Rhodes LA, McPhillips-Tangum CA, Markham C, Klenk R. The power of the visible: the meaning of diagnostic tests in chronic back pain. Soc Sci Med 1999; 48: 189-203.
2. Espeland A, Baerheim A, Albrektsen G, Korsbrekke K, Larsen JL. Patient's views on importance and usefulness of plain radiography for low back pain. Spine 2001; 26: 1356-63.
3. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. Br Med J 2001; 322: 400-5.

Hoofdstuk 3

Behandeling acute lage rugklachten (0-12 weken)

Inleiding en uitgangspunten

De behandeling van acute lage rugklachten richt zich op:

- Preventie van chroniciteit van de lage rugklachten.
- Het geruststellen en begeleiden van de patiënt om naar zijn normale functieniveau terug te keren.
- Ondersteunen in adequate symptomatische pijnbestrijding.
- Tijdcontingente benadering.

De onderdelen in dit hoofdstuk zijn vanuit deze uitgangspunten beschreven, waarbij is gekeken naar welke interventie effectief is bij de behandeling van acute lage rugklachten. De aanbevelingen berusten op de hoogste mate van bewijs in combinatie met de praktische overige overwegingen. De plaats van deze interventies in het zorgproces van de patiënt met lage rugklachten wordt in het hoofdstuk ‘behandeltraject specifieke lage rugpijn’ beschreven.

Actief blijven

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn twee reviews gevonden naar de effectiviteit van ‘actief blijven’ bij acute lage rugpijn.^{1,2} Beide reviews omvatten exact dezelfde studies (n=8). De conclusies van Van Tulder komen overeen met die van Waddell, namelijk dat er een sterk bewijs is dat actief blijven een zinvolle aanbeveling is in de behandeling van acute lage rugpijn. Ook blijkt uit een RCT dat vroegtijdige interventie waarin informatie en de aanbeveling om actief te blijven worden gegeven, het ziekteverzuim bij patiënten met rugpijn vermindert.³ Bovendien blijkt uit een prospectieve studie dat patiënten die met hun huisarts bespreken hoe ze hun activiteiten moeten oppakken, een hogere kans hebben om te verbeteren dan patiënten die dit niet doen.⁴

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat de aanbeveling om actief te blijven, in vergelijking met bedrust, resulteert in een snellere terugkeer naar het werk, minder chronische beperkingen en minder terugkerende problemen. Er is sterk bewijs dat de aanbeveling actief te blijven even effectief is als of zelfs effectiever is dan traditionele behandelingen. <i>A1 Waddell, 1997¹; Van Tulder, 1999²</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het geven van informatie en het advies om actief te blijven het werkverzuim vermindert. <i>A2 Hagen, 2000³</i>

Overige overwegingen

Het doel van dit advies is dat de patiënt zijn gedrag verandert. De werkgroep is daarom van mening dat in het advies 'actief blijven' gedragsmatige principes moeten worden ingebouwd. Het tijdcontingent opbouwen van de activiteiten is een onderdeel hiervan. Dit houdt in dat de patiënt stapsgewijs zijn activiteiten opbouwt, gebaseerd op tijd en onafhankelijk van het optreden van pijn. Bij deze principes staat het functioneren, en minder de pijn, centraal. Patiënten met rugpijn die zich melden bij een hulpverlener/arts, zullen vaak angstig zijn en/of vragen hebben over hun klacht. De hulpverlener stelt de patiënt gerust door uit te leggen wat er aan de hand is en gaat hierbij in op (mogelijk irreële) denkbeelden die de patiënt over de rugpijn heeft (bijvoorbeeld bewegingsangst). De hulpverlener stimuleert de bewustwording van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Er bestaat vaak behoefte aan geruststelling, uitleg en informatie.

Aanbeveling

Patiënten met acute lage rugpijn moet worden geadviseerd zoveel mogelijk actief te blijven. Aanbevolen wordt het bewegen ondanks pijn te stimuleren en de activiteiten tijdcontingent uit te breiden.

Bedrust

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn drie reviews gevonden over de effectiviteit van het advies 'bedrust' bij acute lage rugpijn. Hagen et al. hebben een Cochrane-review uitgevoerd.¹ Waddell en Van Tulder hebben, met uitzondering van drie studies, gebruikgemaakt van dezelfde studies.^{2,3} Twee studies zijn niet meegenomen door Hagen omdat zij criteria stelden aan de co-interventie. Waddell en Van Tulder

hebben één studie niet meegenomen omdat die is gepubliceerd in 1999. De bevindingen en conclusies van alle reviews zijn consistent en laten zien dat bedrust geen zinvolle behandeling is voor acute lage rugpijn en dat hierdoor het herstel zelfs kan worden vertraagd.

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat bedrust minder effectief is dan actief blijven en dat twee dagen bedrust even ineffectief is als zeven dagen bedrust. <i>A1 Hagen, 2000¹; Waddell, 1997²; Van Tulder, 1999³</i>
----------	---

Overige overwegingen

Bedrust moet niet worden beschouwd als 'mag niet en mag nooit'. Bij sommige patiënten kan het niet anders. Benadruk dan dat het goed is om de bedrust zo kort mogelijk te houden en om zodra het kan weer te bewegen. Geef ook aan dat bedrust geen behandeling voor maar een gevolg van de rugpijn is.

Aanbeveling

Patiënten met acute specifieke lage rugpijn wordt aanbevolen géén bedrust te nemen.

Oefentherapie

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is één systematische review gevonden over de effectiviteit van oefentherapie bij acute lage rugpijn.¹ In deze review zijn in totaal 39 RCT's opgenomen, waarvan 12 trials bij acute lage rugpijn. Indien geëxpliciteerd, gaat het in bijna al deze studies om patiënten die maximaal drie tot vier weken rugpijn hebben.

Uit deze systematische review bleek dat oefentherapie bij patiënten met acute lage rugpijn in zeven van de acht studies niet effectiever was dan andere actieve behandelingen en in vier studies niet effectiever dan inactieve behandelingen. Onduidelijk is welk type oefeningen het beste was. Zo bleek dat extensieoefeningen effectiever zijn dan flexieoefeningen. Ook bleek dat extensieoefeningen niet effectiever zijn dan andere behandelingen bij acute lage rugpijn en dat er een matig bewijs is dat flexieoefeningen niet effectiever zijn dan andere behandelingen.

Conclusies

Niveau 1	Er is sterk bewijs dat oefentherapie in de acute fase niet effectiever is dan andere actieve of inactieve behandelingen. <i>A1 Van Tulder, 2000¹</i>
----------	--

Niveau I	Er is matig bewijs dat extensieoefeningen beter zijn dan flexieoefeningen. Het bewijs over de effectiviteit van flexieoefeningen versus extensieoefeningen is tegenstrijdig.
	A1 Van Tulder, 2000 ¹

Overige overwegingen

De literatuur beschrijft de effectiviteit van oefentherapie bij patiënten met rugpijn onderscheiden door tijd; oefentherapie is bij chronische rugpijn (>12 weken) wel en bij acute lage rugpijn (0-4 weken) niet effectief. Er zijn geen onderzoeken bekend die expliciet de effectiviteit van oefentherapie hebben onderzocht bij rugklachten langer dan vier en korter dan twaalf weken. Voor de praktijk is het moeilijk te beargumenteren om pas na twaalf weken oefentherapie in te schakelen, zeker wanneer de patiënt in de loop van de weken niet beter gaat functioneren. Bovendien is bekend dat langer disfunctioneren geassocieerd is met een ongunstige prognose (slechter functioneel herstel).² Niet de pijn maar het functioneren is hier de cruciale uitkomstmaat.

Het stimuleren van functioneel herstel is de belangrijkste reden om oefentherapie eerder in te zetten, hoewel directe evidentie ontbreekt.

Aanbeveling

Overwogen moet worden patiënten met acute specifieke lage rugklachten die binnen vier tot zes weken niet beter gaan functioneren, te ondersteunen met actieve oefentherapie gericht op functioneren.

Rugscholing

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is een systematische review gevonden over de effectiviteit van rugscholing bij patiënten met lage rugpijn.¹ Deze review omvatte elf RCT's, waarvan twee bij patiënten met acute lage rugpijn. Een studie toonde aan dat extensieoefeningen betere resultaten gaven dan een eenmalige sessie rugschool. De tweede studie betrof een onderzoek in de werksetting en toonde, met uitzondering van een vermindering van ziekteverzuim in de rugschoolgroep, geen verschil tussen rugschool, fysiotherapie en een placebobehandeling.

Conclusies

Niveau I	Er is beperkt bewijs dat één rugschoolsessie minder effectief is dan oefeningen bij acute lage rugpijn. Het is onbekend of rugscholing effectief is in vergelijking met wachtlijst of placebo.
	A1 Van Tulder, 2000 ¹
Niveau I	Er is beperkt bewijs dat rugscholing in een werksetting minder ziekteverzuim geeft ten opzichte van placebo.
	A1 Van Tulder, 2000 ¹

Overige overwegingen

In slechts één studie is een effect gevonden op werkverzuim bij een beperkte studiepopulatie. Wat betreft andere effectmaten is geen verschil gevonden. Daarnaast is rugscholing duur en is er in de acute fase van de klachten een grote kans op een gunstig natuurlijk beloop van de klachten. In combinatie met de gebrekkige evidentie beveelt de werkgroep vooralsnog rugscholing niet aan.

Aanbeveling

Rugscholing wordt bij patiënten met acute specifieke lage rugklachten niet aanbevolen.

Manipulatie

Wetenschappelijke onderbouwing

Een review van reviews door Assendelft et al. in 1995 vermeldt dat van de 51 studies er 34 positief en 17 neutraal waren.¹ Negen van de tien beste waren positief. Zij maakten geen onderscheid tussen acuut en chronisch. Er zijn vier systematische reviews gevonden die van daarna dateren. Koes et al. hebben in 1996 een review verricht waarbij zij stellen dat de effectiviteit van manipulatie bij acute lage rugpijn niet aangetoond is met goede onderzoeken.² Ze stellen dat er wel degelijk aanwijzingen zijn dat manipulatie effectief zou kunnen zijn bij sommige subgroepen. In 1997 schrijven Van Tulder et al. in een systematische review over acute klachten dat er beperkt bewijs is dat manipulatie effectiever is dan placebo en dat door tegenstrijdig bewijs geen uitspraak gedaan mag worden dat manipulatie effectiever is dan fysiotherapie of medicijnen.³ Na een systematische review in 1997 stelt Brønfort in 1999 dat er matig bewijs is van kortetermijneffectiviteit van manipulatie bij acute lage rugpijn.^{4,5} In deze onderzoeken is gekeken naar meerdere relevante uitkomstmaten, waaronder pijnintensiteit (bijvoorbeeld Visual Analogue Scale of Numerical Rating Scale), functionele status (bijvoorbeeld Roland

Disability Questionnaire of Oswestry Scale), ziekteverzuim (bijvoorbeeld aantal dagen verzuim of percentage patiënten terug aan het werk), fysieke uitkomstmaten (bijvoorbeeld SLR, 'finger-to-floor distance', ROM), enzovoort.

Conclusie

Niveau 1	Er is beperkt bewijs dat manipulatie effectief is bij acute specifieke lage rugklachten, vooral op korte termijn.
A1	<i>Assendelft, 1995¹; Koes, 1996²; Van Tulder, 1997³; Brønfort, 1997, 1999^{4,5}</i>

Overige overwegingen

Ondanks twijfels over welke (sub)groepen patiënten het best gebaat zijn en matige studies, is het aannemelijk dat manipulatie effectief is bij acute lage rugklachten. Therapieafhankelijkheid is onwaarschijnlijk doordat manipulatie meestal een beperkt aantal keren wordt toegepast. Manipulatie wordt niet per definitie als monotherapie gegeven en past in een beleid gericht op stimuleren van terugkeer naar dagelijkse activiteiten en voorkomen van chronisch disfunctioneren. De werkzaamheid op langere termijn is niet duidelijk. Van belang is ook het zeer beperkte risico geassocieerd met de behandeling.⁶⁻⁸

Aanbeveling

Manipulatie kan worden gebruikt als onderdeel van een activerend beleid bij patiënten met acute specifieke lage rugklachten die niet terugkeren naar hun normale activiteiten-niveau.

Tractie

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn drie systematische reviews over tractie bij acute lage rugklachten gevonden van kwalitatief slechte RCT's, met verschillende uitslagen. De een stelt dat de beschikbare studies geen duidelijke conclusies toelaten, maar dat er geen bewijs is dat tractie niet werkt,¹ de volgende dat er beperkt bewijs is (niveau 3) dat tractie effectief is voor acute lage rugpijn,² en de laatste dat er matig bewijs is dat tractie geen zinvolle behandeling is voor acute lage rugpijn.³ Van der Heijden et al. noemen vijf studies over acute klachten, die op één na negatief waren. Gemengde studies waren even negatief.¹ Van Tulder et al. vonden elf studies van gemengde populaties (acuut en chronisch), waarvan negen negatief ten aanzien van placebo-tractie, oefentherapie, warmtepakkingen, massage en rust.² Twee studies vonden iets meer algehele verbetering. Recent onderzoek toont geen verschil tussen interferentie en tractie plus massage,⁴ en tussen tractie en placebo-tractie.^{5,6}

Conclusie

Niveau 1	Het is aannemelijk dat tractie niet effectief is bij patiënten met acute specifieke lage rugklachten.
A1	<i>Van der Heijden, 1995,¹ Van Tulder, 1996^{2,3}</i>

Overige overwegingen

In de richtlijnen van de AHCPR in de VS,⁴ van Denemarken,⁵ Australië,⁶ en de RCGP in Engeland wordt tractie niet aangeraden.⁷ In de Engelse CSAG-richtlijnen is dat niet duidelijk;⁸ in Nieuw-Zeeland wordt het expliciet afgeraden.⁹ Er zijn problemen met het evalueren van tractie, daar deze gemotoriseerd of manueel uitgevoerd kan worden, maar ook continu of intermitterend, met uiteenlopende trekkrachten en in verschillende uitgangshoudingen.

Aanbeveling

Tractie, in welke vorm dan ook, wordt bij patiënten met acute specifieke lage rugklachten niet aanbevolen.

Acupunctuur, tilgordels, EMG-biofeedback, fysieke modaliteiten

Wetenschappelijke onderbouwing

De getraceerde RCT's over effectiviteit van acupunctuur bij lage rugklachten (n=12) hebben alle betrekking op chronische patiëntenpopulaties of een mix van acuut + chronisch. Er zijn géén RCT's betreffende acupunctuur bij acute lage rugklachten. De getraceerde RCT's over effectiviteit van tilgordels bij lage rugklachten (vijf studies) hebben alle betrekking op chronische patiëntenpopulaties. Er zijn geen RCT's betreffende tilgordels bij acute lage rugklachten. Er zijn geen reviews of RCT's gevonden over de effectiviteit van EMG-biofeedback en fysieke modaliteiten bij patiënten met acute lage rugpijn.

Conclusie

Niveau 4	Over de effectiviteit van acupunctuur, tilgordels, EMG-biofeedback en fysieke modaliteiten bij patiënten met acute specifieke lage rugklachten is geen onderzoek bekend.
----------	--

Overige overwegingen

Naast het ontbreken van vergelijkend onderzoek passen de interventies acupunctuur, tilgordels, EMG-biofeedback en fysieke modaliteiten niet in een activerend beleid.

Aanbeveling

Acupunctuur, tilgordels, EMG-biofeedback en fysische modaliteiten worden bij patiënten met acute lage rugklachten niet aanbevolen.

TENS

Wetenschappelijke onderbouwing

De meeste studies naar effectiviteit van TENS bij rugklachten hebben betrekking op chronische patiëntenpopulaties. Er is één review van twee RCT's met betrekking tot TENS bij acute rugklachten (n=98).¹

Eén studie (n=58) vond geen verschil in effectiviteit met het conventionele behandelprogramma. De andere studie (n=40) vergeleek TENS met paracetamol en vond een significant grotere afname in pijn en toename in mobiliteit in de TENS-groep na zes weken.²

Conclusie

Niveau 1

Er is onvoldoende onderzoek bekend om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van TENS bij acute lage rugpijn. Over effectiviteit van TENS bij acute specifieke lage rugpijn zijn slechts twee RCT's getraceerd, met tegenstrijdige conclusies. Er is voornamelijk gemeten op pijn als uitkomstmaat. Overige variabelen ('disability', werkverzuim e.d.) zijn niet bekend/niet gemeten.

A1 Van Tulder, 1999¹

Overige overwegingen

Gezien het streven naar behandelvormen waarbij de patiënt een actieve rol heeft, is TENS geen interventie van eerste keus.

Aanbeveling

TENS wordt bij patiënten met acute specifieke lage rugklachten niet aanbevolen.

Massage

Wetenschappelijke onderbouwing

In twee systematische reviews is de effectiviteit van massage bij patiënten met lage rugklachten onderzocht.^{1,2} Beide systematische reviews bevatten dezelfde vier RCT's. In alle studies werd

massage als controle-interventie en niet als de experimentele interventie gegeven. De methodologische kwaliteit van de studies was zwak. Eén studie laat zien dat massage beter is dan geen behandeling, twee andere studies laten zien dat massage even effectief is in vergelijking met manipulatie respectievelijk TENS. De vierde studie laat zien dat massage minder effectief is dan manipulatie. Echter, bij eigen analyse van deze vier RCT's blijkt dat slechts één RCT onderzoek betreft van patiënten met acute rugpijn (<2 weken).³ In een andere studie is een gemengde populatie gehanteerd van zowel acute als chronische patiënten,⁴ waarbij dit onderscheid niet in de resultatenbeschrijving is terug te vinden. Ook betreft dit een RCT naar effectiviteit van manipulatie, met wekedelenmassage als controle-interventie. De RCT van Konrad et al. heeft betrekking op chronische patiënten, maar gaat over onderwaterstraalmassage (geen manuele massage).⁵ De vierde RCT hanteert een patiëntengroep met klachten variërend van drie weken tot zes maanden.⁶ Bovendien is er één RCT naar effectiviteit van chiropractische manipulatie, met een oppervlakkige massage (diepe weefsels mochten niet worden behandeld) als controle-interventie.

Conclusie

Niveau 4

Er is géén gerandomiseerde studie verricht naar effectiviteit van massage bij patiënten met acute specifieke lage rugklachten. Op grond daarvan kan geen conclusie worden getrokken.

Overige overwegingen

Gezien het streven naar behandelvormen waarbij de patiënt een actieve rol heeft, is massage geen interventie van eerste keus.

Aanbeveling

Massage wordt bij patiënten met acute specifieke lage rugklachten niet aanbevolen.

Medicatie bij acute lage rugklachten

Analgetica: NSAID's

Wetenschappelijke onderbouwing

Twee systematische reviews vinden een sterk bewijs dat NSAID's de pijn verminderen.^{1,2} Er werd geen effect op werkverzuim, natuurlijk beloop of het ontstaan van chroniciteit gevonden. Verschillende NSAID's blijken even effectief te zijn. Statistische pooling betrof alleen die RCT's waarin een NSAID werd vergeleken met een placebo bij patiënten met acute lage rugpijn. NSAID's versus placebo: Negen RCT's (n=1135) tonen aan dat NSAID's een positief effect hebben op het aantal patiënten dat een globale verbetering van de klachten rapporteert

(gepoolde 'odds ratio' na één week = 2,00, 95%-BI 1,35-3,00) en het aantal patiënten dat aanvullende analgetica gebruikt omlaag brengt (gepoolde odds ratio = 0,64, 95%-BI 0,45-0,91). Vier RCT's (n=313) tonen aan dat NSAID's radiculare pijn niet verminderen.

NSAID's versus paracetamol: Drie RCT's (n=153) rapporteren conflicterende resultaten. Twee RCT's (n=93) vinden geen verschil in herstelpercentages en één RCT (n=60) rapporteert meer pijnreductie met een NSAID vergeleken met paracetamol.

NSAID's versus anxiolytica en analgetische opiaten: Zes RCT's (n=399 van de 459) vinden geen verschil in pijn en algehele verbetering. Eén RCT rapporteert meer pijnreductie met een NSAID in vergelijking met dextropropoxyfeen in combinatie met paracetamol.

NSAID's versus niet-medicamenteuze behandeling: Eén RCT (n=110) rapporteert dat het NSAID de mobiliteit van de wervelkolom verbeterde en de medische consumptie verminderde. Twee RCT's (n=354) vonden geen verschil tussen NSAID's en fysiotherapie of manipulaties ten aanzien van pijn en mobiliteit.

NSAID's versus NSAID's: 15 RCT's (n=1490) vinden geen verschil in effectiviteit tussen verschillende soorten NSAID's.

Conclusie

Niveau I	Er is sterk bewijs dat NSAID's effectief zijn bij acute aspecifieke lage rugpijn. Het betreft een kortetermijneffect na één tot twee weken. Verschillende typen NSAID's zijn even effectief. Er is tegenstrijdig bewijs over de effectiviteit van NSAID's in vergelijking met paracetamol.
	A1 Koes, 1997 ¹ ; Van Tulder, 2000 ²

Overige overwegingen

NSAID's veroorzaken frequent (ernstige) bijwerkingen op onder andere gastro-intestinaal gebied, nierfunctie, stollingssysteem, bloeddruk, decompensatio cordis en centraal zenuwstelsel (duizeligheid, sufheid), hoewel de kans op ernstige bijwerkingen op gastro-intestinaal gebied met de nieuwe generatie COX2-specifieke remmers veel kleiner is. Interacties zijn onder andere bekend met lithium (verhoogde lithiumspiegel), corticosteroiden (verhoogde kans op gastro-intestinale problemen), allerlei cardiovasculaire medicatie (verminderde werking) en sulfonyleurempreparaten (kans op hypoglykemie).

Overige analgetica

Wetenschappelijke onderbouwing

Twee systematische reviews vinden sterk bewijs dat analgetica niet effectiever zijn dan NSAID's.^{3,4} Er is sterk bewijs afkomstig van een systematisch review bij andere aandoeningen dat analgetica op korte termijn pijnreductie geeft.⁵ Zes RCT's (n=329) zijn geïdentificeerd.

Drie vergeleken analgetica met een NSAID. Twee (n=110) vonden geen verschil in pijnreductie. Eén RCT rapporteert meer pijnreductie met een NSAID in vergelijking met paracetamol. Een kleine RCT (n=40) rapporteert dat elektroacupunctuur na zes weken iets meer pijnreductie geeft dan paracetamol. Een RCT (n=73) rapporteert dat ultrageluidtherapie het aantal pijnvrije patiënten aanmerkelijk verbetert in vergelijking met niet nader gespecificeerde analgetica.

Conclusie

Niveau I	Er is sterk bewijs dat analgetica niet effectiever zijn dan NSAID's, elektroacupunctuur of ultrageluid bij acute lage rugpijn. Op basis van evidence afkomstig van systematische reviews bij andere aandoeningen lijkt het aanemelijk dat analgetica effectieve pijnstillers zijn in vergelijking met placebo.
	A1 Bigos, 1994 ³ ; Van Tulder, 1997 ⁴ ; De Craen, 1996 ⁵

Overige overwegingen

Als bijwerkingen werden obstipatie en sufheid gerapporteerd bij 50% van de patiënten in de studies. Combinaties van paracetamol en zwakke opiaten geven een iets verhoogd risico op bijwerkingen.

Anxiolytica en relaxantia

Wetenschappelijke onderbouwing

Een systematische review (14 RCT's; geen statistische pooling) rapporteert sterk bewijs dat anxiolytica pijn verminderen en dat verschillende soorten anxiolytica even effectief zijn.⁶ Veertien RCT's zijn geïdentificeerd (n=1160). Negen (n=762) vergeleken een anxiolyticum met placebo. Zeven hiervan vinden een verschil ten aanzien van pijnvermindering, spierspanning en verbeterde mobiliteit in het voordeel van het anxiolyticum. In twee studies werd geen verschil gevonden. Drie RCT's (n=236) vergeleken verschillende soorten anxiolytica. Twee hiervan vonden dat carisoprodol meer 'overall' verbetering gaf dan diazepam, maar niet meer verbetering dan cyclobenzaprine. Er waren geen verschillen ten aanzien van pijnintensiteit. Eén RCT vond geen verschillen in effect.

Conclusie

Niveau I	Er is sterk bewijs dat anxiolytica effectief zijn voor pijnreductie bij acute aspecifieke lage rugpijn, en dat de verschillende soorten even effectief zijn.
	A1 Van Tulder, 1999 ⁶

Overige overwegingen

Als bijwerkingen werden sufheid en duizeligheid gerapporteerd door ongeveer 70% van de patiënten in de studies. Er is een risico op afhankelijkheid, zelfs al na één week behandeling. De studie tonen meer bijwerkingen met anxiolytica in vergelijking met placebo (68% van patiënten behandeld met baclofen rapporteert één of meer bijwerkingen in vergelijking met 30% in de placebogroep).

Colchicine

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is één kleine RCT gevonden waarin colchicine werd vergeleken met placebo.³ Er werden geen verschillen gevonden.

Conclusie

Niveau 3	Er is beperkt bewijs dat colchicine niet effectief is bij acute aspecifieke lage rugpijn.
----------	---

Lokale injectietherapieën

Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de lokale injectietherapieën geldt dat er geen RCT's bekend zijn bij acute aspecifieke lage rugpijn.²

Conclusie

Niveau 4	Over de effectiviteit van epidurale corticoïdinjecties, facetgewrichtinjecties, triggerpoint-injecties en ligamenteuze injecties bij acute aspecifieke lage rugpijn kunnen geen uitspraken worden gedaan vanwege het ontbreken van effectstudies.
----------	---

Overige overwegingen

In vrijwel alle internationale richtlijnen voor het beleid bij acute lage rugpijn wordt aanbevolen om bij het voorschrijven van pijnmedicatie eerst te starten met eenvoudige analgetica (paracetamol). Indien dit onvoldoende pijnreductie geeft, wordt geadviseerd om vervolgens een NSAID voor te schrijven. In sommige richtlijnen wordt vervolgens geadviseerd om kortdurend anxiolytica of opiaten voor te schrijven. In enkele richtlijnen wordt daarnaast geadviseerd om de pijnmedicatie op een tijdcontingente basis voor te schrijven. Dat betekent dat de pijnmedicatie op vaste tijdstippen moet worden ingenomen, en dus niet afhankelijk van de ervaren pijn.

Aanbeveling

Bij patiënten met acute lage rugpijn kan ter vermindering van de pijnklachten en ter ondersteuning van een activerend beleid pijnmedicatie worden voorgeschreven. Het middel van eerste keus is paracetamol. Bij onvoldoende effect kan worden overgegaan op een NSAID. Vanwege de risico's op bijwerkingen en afhankelijkheid zijn kortdurende kuren met anxiolytica of zwakke opiaten (of combinaties hiervan met paracetamol/NSAID's) een laatste keus. Epidurale corticoïdinjecties, facetgewrichtinjecties, triggerpoint-injecties en ligamenteuze injecties worden bij acute aspecifieke lage rugpijn niet aanbevolen.

Gedragstherapie in engere zin

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is een review gevonden naar de effectiviteit van gedragsmatige interventies bij lage rugpijn.¹ Twee studies hiervan hadden betrekking op patiënten met acute lage rugpijn. Deze studies vergeleken een tijdcontingente met een pijncontingente benadering. Er werd geen verschil in effectiviteit gevonden tussen beide benaderingen.

Conclusie

Niveau 1	Het is aannemelijk dat tijdcontingente interventies bij patiënten met acute aspecifieke lage rugpijn niet effectiever zijn dan pijncontingente interventies ten aanzien van pijn, functioneren en zorggebruik. <i>A1 Turner, 1996¹</i>
----------	--

Overige overwegingen

De exacte definiëring van gedragstherapie is niet duidelijk. In het algemeen heeft gedragstherapie tot doel het gedrag van de patiënt te beïnvloeden. Dit hoeft in eerste instantie niet multidisciplinair of met veel middelen, maar kan ook van belang zijn in het eerste contact met de patiënt.

Aanbeveling

Gedragstherapie wordt bij patiënten met acute aspecifieke lage rugpijn niet aanbevolen.

Multidisciplinaire programma's

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is een systematische review gevonden naar de effectiviteit van multidisciplinaire programma's bij patiënten met acute lage rugpijn.¹ Deze review bevat twee studies met patiënten met subacute lage rugpijn (>6 weken). Beide studies zijn van lage methodologische kwaliteit. Beide laten positieve effecten zien op de terugkeer naar werk en de ervaren beperkingen.

Conclusie

Niveau I	Er is matig bewijs voor de effectiviteit van multidisciplinaire behandeling bij patiënten met subacute aspecifieke lage rugpijn.
	A1 Karjalainen, 2000 ¹

Overige overwegingen

Bij het toepassen van een multidisciplinair programma dient rekening te worden gehouden met de kosten en met de beschikbaarheid van deze zorg.

Aanbeveling

Multidisciplinaire programma's worden (mede vanwege de hoge kosten) bij patiënten met acute aspecifieke lage rugklachten niet aanbevolen.

Patiëntenverwachtingen

Skelton et al. onderzochten de mening van 52 rugpijnpatiënten die ten minste twee consulten bij een huisarts hadden gehad.¹ Uit de interviews kwamen zeven belangrijke thema's naar voren: de impact van rugpijn op de kwaliteit van leven, verwachtingen over de prognose, betrokkenheid bij secundaire preventie, bereidheid om een huisarts te bezoeken, tevredenheid met de verklaring voor de rugklachten, tevredenheid met het beleid van de huisarts en bereidheid om gebruik te maken van complementaire geneeswijzen (chiropractie, osteopathie, enzovoort).¹ De variatie in opvattingen rond deze thema's is groot. Bijvoorbeeld de impact op de kwaliteit van leven varieerde in het onderzoek van geen impact tot een grote impact waarbij allerlei activiteiten en lichamelijke inspanning niet meer mogelijk werden geacht. Opvallend is dat de meerderheid van de ondervraagden aangeeft geen medische verklaring voor de klachten te hebben gekregen, terwijl ze dit wel verwachtten. Van de huisarts werd verwacht dat hij goed luisterde en een grondig onderzoek uitvoerde. Er bestond geen uitgesproken voorkeur voor complementaire behandelwijzen zoals chiropractie. Het is voor de behandelaar van belang bij de therapie met deze thema's rekening te houden. Patiënten zijn vaker tevreden over de behandeling door een chiropractor in vergelijking met een huisarts. De belangrijkste

verklaring voor dit verschil lijkt te liggen in het gegeven dat de chiropractor met uitleg en communicatie beter aansluit op de verwachtingen van de patiënt.²

Literatuur therapie acute lage rugklachten

Actief blijven

1. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 647-52.
2. Tulder MW van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.
3. Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine* 2000, 25: 1973-6.
4. Turner JA, LeResche L, Korff M von, Ehrlich K. Back pain in primary care: patients' characteristics, content of initial visit and short-term outcomes. *Spine* 1998; 4: 463-9.

Bedrust

1. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low back pain and sciatica (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
2. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 647-52.
3. Tulder MW van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.

Oefentherapie

1. Tulder MW van, Malmivaara A, Esmail R, Koes BW. Exercise therapy for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
2. Waddell G. The back pain revolution. The clinical course of low back pain (ch. 7). Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.

Rugscholing

1. Tulder MW van, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.

Manipulatie

1. Assendelft WJJ, Koes BW, Knipschild PG, Bouter LM. The relation between methodological quality and conclusions in reviews of spinal manipulation. *JAMA* 1995; 274: 1942-8.
2. Koes BW, WJJ Assendelft WJJ, Heijden GJMG van der, Bouter LM. Spinal manipulation and mobilization for low-back pain: an updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine* 1996; 21: 2860-71.
3. Tulder MW van, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low-back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997; 22: 2128-56.
4. Brønfort G. Efficacy of spinal manipulation and mobilisation for low back and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis (thesis). Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997.

- Brønfort G. Spinal manipulation: current state of research and its indications. *Neurol Clin* 1999; 17: 91-111.
- Terrett AGJ, Kleynhans AM. Complications from manipulations of the low back. *Chiropractic J Aust* 1992; 22: 129-40.
- Haldeman S, Rubinstein SM. Cauda equina syndrome following lumbar spine manipulation. *Spine* 1992; 17: 1469-73.
- Assendelft WJJ, Bouter LM, Kessels AGH. Complications of spinal manipulation: a comprehensive review of the literature. *J Fam Pract* 1996; 42: 465-80.

Tractie

- Heijden GJMG van der, Beurskens AJHM, Assendelft WJJ, Vet HCW de, Bouter LM. The efficacy of traction for back and neck pain: a systematic, blinded review of randomized clinical trial methods. *Phys Ther* 1995; 75: 93-104.
- Tulder MW van, Koes BW, Bouter LM (eds). Low back pain in primary care: effectiveness of diagnostic and therapeutic interventions. Amsterdam: EMGO Instituut, Vrije Universiteit, 1996.
- Tulder MW van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM (eds). The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, Vrije Universiteit, 1999.
- Bigos SJ, et al. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline, number 14, 1994. Bethesda, Maryland: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, 1994.
- Low-back pain. Frequency, management and prevention from an HTA perspective. Copenhagen, Denmark: Danish Institute for Health Technology Assessment, 1999.
- Guidelines for the management of employees with compensable low back pain. Australië: Victorian Workcover Authority, 1996.
- Waddell G, Feder A, Lewis M, Hutchinson A. Clinical guidelines for the management of acute low back pain. Royal College of General Practitioners, 1996.
- Rosen M, Breen A, Hamann W, Harker P, Jayson MIV, Kelly E, et al. Back pain. London: Clinical Standards Advisory Group, 1994.
- Nieuw Zeeland Acute Low Back Pain Guide. National Advisory Committee on Health and Disability (Ministry of Health), Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation, 1997.

TENS

- Tulder MW van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.
- Hackett GI, Seddon D, Kaminski D. Electroacupuncture compared with paracetamol for acute low back pain. *Practitioner* 1988; 232: 163-4.
- Herman E, Williams R, Stratford P, Fargas-Babjak A, Trott M. A randomized controlled trial of the transcutaneous electrical nerve stimulation (CODETRON) to determine its benefits in a rehabilitation program for acute occupational low back pain. *Spine* 1994; 19: 561-8.

Massage

- Ernst E. Massage therapy for low back pain: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 65-9.
- Furlan AD, Brosseau L, Welch V, Wong J. Massage for low back pain (Cochrane Review). In: *Cochrane Library*, Issue 3, 2001 Oxford: Update Software.
- Godfrey CM, Morgan PP, Schatzker J. A randomized trial of manipulation for low-back pain in a medical setting. *Spine* 1984; 9: 301-4.
- Hoehler FK, Tobis JS, Buerger AA. Spinal manipulation for low back pain. *JAMA* 1981; 245: 1835-8.

- Konrad K, Tatrai T, Hunka A, Vereckei E, Korondi I. Controlled trial of balneotherapy in treatment of low back pain. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 820-2.
- Hsieh CJ, Phillips RB, Adams AH, Pope MH. Functional outcomes of low back pain: Comparison of four treatment groups in a randomised controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther* 1992; 15: 4-9.

Medicatie

- Koes BW, Scholten RJPM, Mens JMA, Bouter LM. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomized clinical trials. *Ann Rheum Dis* 1997; 56: 214-23.
- Tulder MW van, Scholten RJPM, Koes BW, Deyo RA. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID's) for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
- Bigos S, et al. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline, number 14, 1994. Bethesda, Maryland: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, 1994.
- Tulder MW van, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997; 22: 2128-56.
- Craen AJM de, Giulio G di, Lampe-Schoenmaeckers AJEM, Kessels AGH, Kleijnen J. Analgesic efficacy and safety of paracetamol-codeine combinations versus paracetamol alone: a systematic review. *Br Med J* 1996; 313: 321-5.
- Tulder MW van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.

Gedragstherapie in engere zin

- Turner JA. Educational and behavioral interventions for back pain in primary care. *Spine* 1996; 21: 2851-59.

Multidisciplinaire behandelprogramma's

- Karjalainen, Malmivaara A, Tulder MW van, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.

Patiëntenverwachtingen

- Skelton AM, Murphy EA, Murphy RJ, O'Dowd TC. Patients' views of low back pain and its management in general practice. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 153-6.
- Cherkin DC, MacCornack FA. Patient evaluations of low back pain care from family physicians and chiropractors. *Western J Med* 1989; 150: 351-5.

Hoofdstuk 4

Behandeling bij chronische lage rugklachten

Uitgangspunten

De behandeling van chronische lage rugklachten richt zich op:

- Beperken van disfunctioneren c.q. optimaliseren van het functioneren.
- Tijdcontingente benadering.

'Bedrust' versus 'actief blijven'

Wetenschappelijke onderbouwing

Waddell et al. concluderen op basis van hun systematische review dat bedrust niet effectief is bij acute lage rugklachten.¹ De systematische review door Van Tulder et al. ondersteunt deze conclusie.² Bedrust kan zelfs schadelijk zijn bij acute lage rugpijn. Van Tulder et al. concluderen op basis van hun systematische review naar de effectiviteit van het advies om actief te blijven dat er sterk bewijs is dat actief blijven een zinvol advies is in de behandeling van acute lage rugpijn (<12 weken).² Maher komt in zijn systematische review tot eenzelfde conclusie.³ Echter, al deze systematische reviews waarbij het effect van het advies om actief te blijven wordt onderzocht, includeren slechts patiënten met (sub)acute lage rugpijn (<12 weken). Voor lage rugpijn die langer dan twaalf weken bestaat, zijn er noch systematische reviews, noch RCT's die specifiek het advies actief te blijven onderzoeken. Vandaar dat het vooralsnog onduidelijk is of deze conclusies geëxtrapoleerd mogen worden naar patiënten met chronische lage rugpijn.

Conclusie

Niveau I

Er is geen bewijs voorhanden aangaande de effectiviteit van het advies om actief te blijven bij patiënten met lage rugklachten die langer dan twaalf weken bestaat. Er is sterk bewijs voor de effectiviteit van actief blijven in de eerste twaalf weken. Tevens is er sterk bewijs dat bedrust niet effectief is bij specifieke lage rugklachten die korter dan twaalf weken bestaat.

A1 Van Tulder, 1999²; Maher, 1999³

Overige overwegingen

Uit de literatuur met betrekking tot oefentherapie bij chronische aspecifieke lage rugklachten blijkt er sterk bewijs te zijn dat oefenen effectiever is dan niets doen. Naar de mening van de werkgroepleden is actief blijven zinvoller dan niets doen. Vandaar dat (wellicht) het advies actief te blijven als ondersteuning kan dienen voor oefentherapie bij chronische lage rugpijn. Actief blijven en de tijdcontingente benadering staan centraal.

Het voorschrijven van bedrust heeft ook negatieve bijwerkingen, zoals passiviteit, gewrichtsstijfheid, musculaire atrofie, afname van botdichtheid, decubitus, veneuze trombo-embolie en algehele conditieverslechtering.¹

Hoewel de effectiviteit van het advies om actief te blijven alleen is onderzocht in gerandomiseerde studies bij patiënten met acute lage rugpijn of populaties waarin acute- en chronische-rugpijn-patiënten gemengd voorkwamen (sterk bewijs positief effect), ziet de commissie geen redenen om aan te nemen dat deze conclusies voor patiënten in de chronische fase anders zouden zijn. In navolging van de International Paris Task Force on Back Pain (2000) leidt dit tot het volgende advies.⁴

Aanbeveling

Patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten moet worden geadviseerd zoveel mogelijk actief te blijven en bedrust te vermijden. Aanbevolen wordt het bewegen ondanks pijn te stimuleren en de activiteiten tijdcontingent uit te breiden.

Oefentherapie

Wetenschappelijke onderbouwing

In de systematische review van Van Tulder et al. zijn alle RCT's geïncludeerd waarin de effectiviteit van oefentherapie is onderzocht bij personen met chronische lage rugklachten die in de eerste lijn zijn behandeld.¹ Alle 39 RCT's gebruiken minimaal één van de volgende effectmaten: pijn, algehele verbetering, functionele status of terug naar werk. Er waren zowel RCT's die patiënten met acute lage rugklachten betroffen (n=12), als RCT's waarin het patiënten betrof met chronische lage rugpijn (n=23). Bij drie RCT's was sprake van een gemixte populatie, bij één RCT werd de duur van de klachten niet vermeld. Bij de patiënten met chronische lage rugklachten is er sterk bewijs dat oefentherapie even effectief is als verschillende combinaties van fysiotherapeutische verrichtingen (bestaande uit hotpacks, massage, tractie, mobilisatie, kortegolftherapie, ultrageluid, oefeningen om te rekken, mobiliseren, verbeteren van de coördinatie en elektrotherapie) op de effectmaten betreffende pijnintensiteit, functionele status, algehele verbetering en ziekteverzuim.

Daarnaast concluderen Van Tulder et al. dat er sterk bewijs is dat bij patiënten met chronische lage rugpijn oefentherapie effectiever is dan de standaardzorg door een huisarts wat betreft ziekteverzuim, pijnintensiteit en functionele status.

Van Tulder et al. kunnen voor patiënten met chronische lage rugklachten echter geen conclusies trekken ten aanzien van welk type oefeningen het meest effectief is. Er is tegenstrijdig bewijs wat betreft flexie- versus extensioefeningen. Er is tevens matig bewijs dat spierversterkende oefeningen niet effectiever zijn dan andere typen oefentherapie. Tot slot concluderen Van Tulder et al. dat er tegenstrijdig bewijs is dat spierversterkende oefeningen effectiever zijn dan inactieve behandeling.

Onderzoek naar de specifieke aard van een vorm van oefentherapie is beschreven in de RCT van Soukup et al.,² waarin bleek dat ook oefentherapie Mensendieck effectiever was in het voorkomen van een volgende episode van rugpijn dan de controlegroep die alleen mondelinge en schriftelijke uitleg ontving over Mensendieck, maar geen oefensessies kreeg.

Klüber-Moffet et al. beschrijven in hun RCT gedetailleerd welke vormen van oefentherapie in het experiment zijn uitgevoerd.³ Tevens hebben zij een cognitief-gedragsmatige aanpak toegevoegd. De oefentherapie bleek aanzienlijk effectiever dan de traditionele huisartszorg en was tevens kosteneffectiever.

De systematische review (9 RCT's) van Hilde en Bø naar effectiviteit van oefentherapie richt zich in het bijzonder op de vraag of er bepaalde typen of doseringen van oefentherapie zijn die effectiever zijn.⁴ De auteurs concluderen dat het op basis van hun systematische review niet mogelijk is om gegronde conclusies te trekken over de effectiviteit van oefentherapie bij chronische lage rugklachten en dat het tevens onduidelijk is of de methodologische kwaliteit van RCT's, de dosering van oefentherapie of het type oefentherapie invloed hebben op de resultaten.

Maher et al. (23 RCT's) concluderen op basis van hun systematische review eveneens dat oefentherapie een effectieve behandeling is voor patiënten met chronische lage rugpijn.⁵

Hydrotherapie is een vorm van actieve oefentherapie. Twee RCT's beschrijven de effecten van hydrotherapie bij patiënten met chronische lage rugklachten (>3 maanden).^{6,7} Eén studie laat geen verschil zien tussen hydrotherapie en oefentherapie;⁶ wel wordt in beide groepen een verbetering in functionele status en vermindering in pijn gevonden. De andere studie laat zien dat hydrotherapie leidt tot een verbetering in functionele status, maar niet wat betreft mobiliteit, pijnintensiteit of neurologische tests.⁷

Conclusie

Niveau 1

Het is aangetoond dat oefentherapie bij chronische aspecifieke lage rugklachten effectiever is dan 'usual care' door de huisarts. Verder is aangetoond dat oefentherapie even effectief is als verschillende combinaties van fysiotherapeutische verrichtingen. Het is onduidelijk welke specifieke vorm van oefentherapie de meest effectieve is.

A1 Van Tulder, 1999¹; Hilde en Bø, 1998⁴; Maher, 1999⁵

A2 Soukup, 1999²; Moffet, 1999³

Overige overwegingen

De conclusies op basis van de gebruikte literatuur sluiten aan bij de recentelijk gepubliceerde richtlijn van de Paris Task Force on Back Pain.⁸ Daar onduidelijk is welk type oefening het best is, is de werkgroep van mening dat een gevarieerd oefenprogramma aan patiënten met specifieke lage rugklachten (>12 weken) kan worden aangeboden dat aansluit bij de behoefte van de patiënt.

Voor de dagelijkse praktijk binnen de gezondheidszorg in Nederland zal hydrotherapie niet de meest voor de hand liggende optie zijn in verband met de randvoorwaarden, infrastructurele voorzieningen en het kostenaspect.

Maher et al. tekenen aan dat vooral de ‘supervised’ oefenprogramma’s effectiever lijken indien ze intensief zijn, indien gebruik wordt gemaakt van een quotasysteem om oefeningen systematisch uit te bouwen en indien ze functiegericht zijn.⁵

Aanbeveling

Oefentherapie kan worden aanbevolen bij patiënten met chronische specifieke lage rugklachten. Geadviseerd wordt een gevarieerd oefenprogramma aan te bieden. Tijdcontingente oefenprogramma’s onder supervisie en gericht op het functioneren genieten de voorkeur.

Rugscholing

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is een systematische review gevonden over de effectiviteit van rugscholing bij patiënten met lage rugpijn.^{1,2} Deze review omvatte elf RCT’s, waarvan negen bij patiënten met chronische lage rugpijn. Vijf studies (n=861) vergeleken rugscholen met oefentherapie, manipulatie, NSAID’s en fysiotherapie, en vonden alle dat rugscholen tot zes maanden effectiever waren in zowel pijnreductie als verbeteren van functioneren.

Zes studies (n=425) vergeleken rugscholen met geen behandeling, wachtlijstcontroles of placebo-UKG, en vonden tegenstrijdige effecten in pijn, functioneren en ziekteverzuim.

Vijf RCT’s (n=880) vonden dat intensieve rugschoolprogramma’s in de bedrijfssetting effectiever waren dan geen behandeling, maar niet effectiever dan fysiotherapie en groepsbehandeling.

Conclusies

Niveau I	Er is beperkt bewijs dat rugscholen effectiever zijn dan géén behandeling bij patiënten met chronische specifieke lage rugklachten.
A1	<i>Van Tulder, 2000¹; Van Tulder, 1999²</i>

Niveau I	Er is beperkt bewijs dat rugscholing in een bedrijfssetting minder ziekteverzuim geeft ten opzichte van placebo.
A1	<i>Van Tulder, 2000¹; Van Tulder, 1999²</i>

Aanbeveling

Ter vermindering van het ziekteverzuim en ter verbetering van het functioneren zou rugscholing bij patiënten met chronische specifieke lage rugklachten kunnen worden overwogen.

Manipulatie bij chronische lage rugklachten

Wetenschappelijke onderbouwing

Een review van reviews door Assendelft et al. in 1995 vermeldt dat van de 51 studies er 34 positief en 17 neutraal waren.¹ Zij maakten geen onderscheid tussen acuut en chronisch. Er zijn vier systematische reviews gevonden die van hierna dateren.

Koes et al. stellen in 1996 dat de effectiviteit van manipulatie niet is aangetoond voor acute of chronische lage rugpijn met goede gerandomiseerde studies, maar dat er zeker aanwijzingen zijn dat manipulatie effectief kan zijn bij sommige subgroepen.² Tevens vermelden ze dat er meer bewijs is voor effectiviteit bij chronische klachten dan voor acute.

Van Tulder et al. noemen in een review in 1997 over chronische klachten een sterke evidentie voor vooral kortetermijneffecten, een sterke evidentie dat manipulatie effectiever is dan placebo en matige evidentie dat manipulatie beter is dan gewone zorg (usual care).³

Na een review in 1997 stelt Brønfort in 1999 dat er matig bewijs is dat manipulatie, inclusief mobilisatie, werkzaam is.^{4,5}

In deze onderzoeken is gekeken naar meerdere relevante uitkomstmaten, waaronder pijnintensiteit (bijvoorbeeld Visual Analogue Scale of Numerical Rating Scale), functionele status (bijvoorbeeld Roland Disability Questionnaire of Oswestry Scale), ziekteverzuim (bijvoorbeeld aantal dagen verzuim of percentage patiënten terug aan het werk), fysieke uitkomstmaten (bijvoorbeeld SLR, finger-to-floor distance, ROM), enzovoort. Uit de gevonden literatuur blijkt dat het effect van manipulatie zichtbaar is zowel in afname van pijnintensiteit als in toename van dagelijks functioneren.

Conclusie

Niveau I	Er is matig bewijs dat manipulatie effectief is bij chronische specifieke lage rugklachten, vooral op korte termijn.
A1	<i>Assendelft, 1995¹; Koes, 1996²; Van Tulder, 1997³; Brønfort, 1997, 1999^{4,5}</i>

Overige overwegingen

Manipulatie wordt niet per definitie als monotherapie gegeven en past in een beleid gericht op stimuleren van terugkeer naar dagelijkse activiteiten en voorkomen van chronisch disfunctioneren. Het werkzame effect op langere termijn is niet duidelijk.

Therapieafhankelijkheid is onwaarschijnlijk doordat manipulatie meestal een beperkt aantal keren wordt toegepast. Van belang is ook het zeer beperkte risico geassocieerd met de behandeling.⁶⁻⁸

Aanbeveling

Manipulatie kan worden gebruikt als onderdeel van een activerend beleid bij patiënten met chronische specifieke lage rugklachten die niet terugkeren naar hun normale activiteitsniveau.

Tractie bij chronische lage rugpijn

Wetenschappelijke onderbouwing

In 1995 hebben Van der Heijden et al. een systematische review uitgevoerd van 14 RCT's die de effectiviteit van lumbale tractie onderzochten.¹ De auteurs concluderen dat het op basis van hun review niet mogelijk is valide conclusies te trekken aangaande de effectiviteit van tractie, vanwege het feit dat veel ingesloten RCT's van zwakke methodologische kwaliteit zijn. Overigens hebben slechts twee van deze veertien RCT's betrekking op patiënten met chronische lage rugklachten; de overige op acute rugklachten. Van Tulder et al. concluderen op basis van hun systematische review (twee RCT's (continue) tractie versus placebo-tractie) dat tractie niet zinvol is bij chronische lage rugpijn ten aanzien van algehele verbetering, pijn of functionele status.²

Conclusie

Niveau I	Tractie is niet zinvol bij patiënten met chronische specifieke lage rugklachten ten aanzien van algehele verbetering, pijn of functionele status.
	A1 Van Tulder, 1999 ²

Overige overwegingen

Het merendeel van de gerandomiseerde studies naar de effectiviteit van tractie is van methodologisch lage kwaliteit. Bovendien wordt in geen enkele RCT onderscheid gemaakt tussen 'continue tractie' en 'intermitterend uitgevoerde tractie'. De werkgroep is wel van mening dat een actieve benadering bij patiënten met chronische specifieke lage rugklachten aanbeveling verdient. Vandaar dat in eerste instantie niet wordt geadviseerd tractie toe te passen.

Aanbeveling

Tractie wordt bij patiënten met chronische specifieke lage rugklachten niet aanbevolen.

TENS, EMG-biofeedback en fysieke modaliteiten

Wetenschappelijke onderbouwing

TENS

Van Tulder et al. beschrijven eveneens de effectiviteit van TENS bij patiënten met (sub)acute en chronische lage rugklachten.¹ Vier studies vergelijken TENS met placebo (drie hoge kwaliteit, één lage kwaliteit). Eén studie vond een grotere pijnreductie met TENS na één week, maar niet na drie en zes maanden en één 'cross-over'-studie vond een iets grotere algehele verbetering met TENS. De twee andere studies vonden geen verschil in pijn, functionele status en mobiliteit.

Conclusie

Niveau I	Voor patiënten met chronische specifieke lage rugklachten bestaat er tegenstrijdige evidentie voor het toepassen van TENS.
	A1 Van Tulder, 1999 ¹

Biofeedback

Van Tulder et al. beschrijven de effectiviteit van biofeedback bij patiënten met chronische lage rugklachten.¹ Vijf studies van lage kwaliteit werden geïncludeerd. Drie studies vonden geen verschil tussen EMG-biofeedback en placebo of wachtlijstcontrole wat betreft pijn en functionele status. Twee studies vergeleken biofeedback met progressieve relaxatietraining en vonden tegenstrijdige resultaten voor pijn en functionele status. In één studie werd een revalidatieprogramma met en zonder biofeedback vergeleken en werden geen verschillen gevonden in pijn en bewegelijkheid na de behandeling.

Conclusie

Niveau I	Er is matig bewijs dat biofeedback niet effectief is voor patiënten met chronische specifieke lage rugklachten.
	A1 Van Tulder, 1999 ¹

Fysische modaliteiten

Van Tulder concludeert dat er geen RCT's gevonden zijn aangaande fysische modaliteiten in de zin van UKG, warmte of ijs.¹

Voor de effectiviteit van ultrageluid (UG) vonden Van der Windt et al. weinig bewijs voor de behandeling van patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat.² In deze systematische review (38 RCT's) was slechts één RCT ingesloten waarbij het patiënten betrof met degeneratieve reumatische aandoeningen (waaronder lage rugklachten). Deze conclusie komt overeen met de eerder uitgevoerde meta-analyse op chronische patiënten van Gam en Johannson.³ In deze review zijn in totaal 22 RCT's geïnccludeerd, waaronder twee bij patiënten met lage rugklachten. In beide reviews zijn geen aparte conclusies getrokken over de effectiviteit van UG bij patiënten met lage rugklachten.

In de review door Van der Heijden zijn in totaal 11 studies opgenomen naar de effectiviteit van elektrotherapie bij lage rugklachten.⁴ Elektrotherapie bestaat uit gelijkstroom (diadynamische en ultra-reiz) en wisselstromen (TENS en interferentie). De auteurs concluderen dat er onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van elektrotherapie in vergelijking met een placebobehandeling, maar ook in vergelijking met andere vormen van elektrotherapie of een actieve behandeling. De Bie et al. hebben een systematische review (25 studies) uitgevoerd naar de effectiviteit van lasertherapie (904 nm laser) bij patiënten met aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat.⁵ Twee geïnccludeerde studies handelen specifiek over lage rugklachten. Een studie van lage kwaliteit en een studie van voldoende kwaliteit toonden beide geen effect aan.

Conclusies

Niveau 4	Er zijn geen studies bekend betreffende de effectiviteit van UKG, warmte of ijs bij de behandeling van patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten.
Niveau I	Er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van elektrotherapie. A1 Van der Heijden, 1999 ⁴
Niveau I	Er zijn aanwijzingen dat laser niet effectief is bij chronische aspecifieke lage rugklachten. A1 De Bie, 1996 ⁵

Overige overwegingen

In alle RCT's naar de effectiviteit van TENS is uitgegaan van een aantal behandelingen per week in de praktijk of kliniek; niet van 'portable' TENS die de patiënt naar behoeven 24 uur kan bedienen. Anderzijds stelt de werkgroep dat in eerste instantie een actieve aanpak zinvoller lijkt bij het behandelen van chronische aspecifieke lage rugpijn. Dit in combinatie met de onduidelijkheid met betrekking tot de effectiviteit van TENS, EMG-biofeedback en fysische modaliteiten en het passieve karakter heeft geleid tot een terughoudende aanbeveling.

Aanbeveling

Het gebruik van TENS, EMG-biofeedback en fysische modaliteiten wordt bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten niet aanbevolen.

Massage

Wetenschappelijke onderbouwing

In twee systematische reviews is de effectiviteit van massage bij patiënten met lage rugklachten onderzocht.^{1,2} Beide systematische reviews bevatten dezelfde vier RCT's. In alle studies werd massage als controle-interventie en niet als de experimentele interventie gegeven. De methodologische kwaliteit van de studies was zwak. Eén studie laat zien dat massage beter is dan geen behandeling, twee andere studies laten zien dat massage even effectief is in vergelijking met manipulatie respectievelijk TENS. De vierde studie laat zien dat massage minder effectief is dan manipulatie. Echter, bij eigen analyse van deze vier RCT's blijkt dat één RCT onderzoek betreft bij patiënten met acute rugpijn (<2 weken).³ In een andere studie is een gemengde populatie gehanteerd van zowel acute als chronische patiënten,⁴ waarbij dit onderscheid niet in de resultatenbeschrijving is terug te vinden. Ook betreft dit een RCT naar effectiviteit van manipulatie, met wekedelenmassage als controle-interventie. De RCT van Konrad et al. heeft betrekking op chronische patiënten, maar gaat over onderwaterstraalmassage (geen manuele massage).⁵ De vierde RCT hanteert een patiëntengroep met klachten variërend van drie weken tot zes maanden.⁶ Bovendien is het een RCT naar de effectiviteit van chiropractische manipulatie, met een oppervlakkige massage (diepe weefsels mochten niet worden behandeld) als controle-interventie.

Conclusie

Niveau 2	Op grond van de literatuur kunnen geen conclusies worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van massage bij chronische aspecifieke lage rugklachten. A1 Ernst, 1999 ¹
----------	--

Overige overwegingen

De werkgroep stelt dat in eerste instantie een actieve aanpak zinvoller lijkt bij het behandelen van chronische aspecifieke lage rugklachten. Dit in combinatie met de onbekendheid met betrekking tot de effectiviteit van massage en het passieve karakter van massage heeft geleid tot een terughoudende aanbeveling.

Aanbeveling

Massage wordt bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn niet aanbevolen.

Lumbale orthesen

Wetenschappelijke onderbouwing

Van Tulder et al. voerden een systematische review uit naar de effectiviteit van lumbale orthesen zowel met betrekking tot preventie als behandeling.¹ In veel studies bleken de resultaten niet zodanig te zijn gepubliceerd dat statistische pooling mogelijk was. Bovendien bleken de studies heterogeen te zijn met betrekking tot onderzoekspopulaties, interventies en uitkomstmaten. Daarom besloten Van Tulder et al. geen meta-analyse te verrichten, maar een kwalitatieve beoordeling te geven van de literatuurresultaten. Voor het beoordelen van de bewijskracht ten aanzien van de effectiviteit werd de volgende classificatie toegepast: sterk bij consistente bevindingen in meerdere RCT's van goede kwaliteit, matig bij consistente bevindingen in een RCT van goede kwaliteit en een of meerdere RCT's van lage kwaliteit, beperkt bij consistente bevindingen in een RCT en meerdere CCT's, tegenstrijdig bij inconsistente bevindingen in meerdere RCT's en CCT's, geen bewijs indien geen RCT's of CCT's werden aangetroffen. Bij de beoordeling werden alleen RCT's en CCT's geïnccludeerd waarbij de onderzoekspopulatie bestond uit patiënten met aspecifieke lage rugpijn in de leeftijd tussen 18 en 65 jaar. In totaal werden 125 artikelen gevonden. Hiervan bleken slechts acht artikelen te voldoen aan de gestelde selectiecriteria. Met betrekking tot de therapeutische waarde van lumbale orthesen werden uiteindelijk zes onderzoeken geïnccludeerd.

Effect op pijn: lumbale orthese vergeleken met geen behandeling

In een RCT van lage kwaliteit werd de mate van pijn zonder interventie vergeleken met de mate van pijn na verstreking van een lumbale orthese.² De pijn in de groep patiënten met een lumbale orthese bleek significant geringer te zijn.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat een lumbale orthese pijn kan verminderen.
	B Penrose, 1991 ²

Opmerking: de duur van de klachten wordt niet vermeld, het lijkt om acute pijn te gaan.

Effect op pijn: lumbale orthese vergeleken met andere vormen van behandeling

In een RCT van hoge kwaliteit³ en in drie RCT's van lage kwaliteit werd het effect van lumbale orthesen op pijn vergeleken met het effect van andere vormen van therapie.⁴⁻⁶ Alleen Valle-Jones vond een significant verschil in het voordeel van de groep die een lumbale orthese kreeg. In de andere drie studies werd geen verschil gevonden.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat een lumbale orthese niet effectiever is in het reduceren van pijn dan andere vormen van behandeling.
	B Coxhead, 1981 ⁴ ; Doran, 1975 ⁵ ; Valle-Jones, 1992 ⁶
	A2 Hsieh, 1992 ³

Effect op algehele verbetering: lumbale orthese vergeleken met andere vormen van behandeling

In drie RCT's van lage kwaliteit werd bij een vergelijking van het effect van een lumbale orthese met het effect van andere vormen van therapie, alleen door Valle-Jones een significante verbetering van het functioneren vastgesteld ten gunste van de groep dragers van een lumbale orthese.⁴⁻⁶ In de andere RCT's werd geen verschil gevonden.

Conclusie

Niveau 3	Er is tegenstrijdig bewijs dat patiënten die een lumbale orthese dragen, meer verbeteren in het functioneren dan patiënten die andere vormen van behandeling krijgen.
	B Coxhead, 1981 ⁴ ; Doran, 1975 ⁵ ; Valle-Jones, 1992 ⁶

Effect op terugkeer naar het werk: lumbale orthese vergeleken met andere vormen van behandeling

Terugkeer naar het werk was de uitkomstmaat in twee RCT's van lage kwaliteit.⁴⁻⁶ Coxhead et al. vonden geen verschil met betrekking tot de snelheid van terugkeer naar het werk van patiënten met een lumbale orthese in vergelijking met patiënten die een andere vorm van behandeling kregen. Valle-Jones vond echter wel een significant verschil ten gunste van de dragers van een lumbale orthese.

Conclusie

Niveau 3

Er is tegenstrijdig bewijs dat patiënten die een lumbale orthese krijgen, sneller het werk hervatten dan indien ze op een andere wijze zijn behandeld.

B Coxhead, 1981⁴; Valle-Jones 1992⁶

Effect op de functionele status: lumbale orthese vergeleken met andere vormen van behandeling

In een RCT van hoge kwaliteit werden ter vergelijking van het effect van lumbale orthesen met het effect van massage zowel de Roland Disability Questionnaire als de Oswestry Scale gebruikt als uitkomstmaat voor de functionele status.³ De Roland Disability Questionnaire liet een significant verschil zien ten gunste van de orthesedragers. De Oswestry Scale liet echter geen verschil zien tussen beide groepen.

Conclusie

Niveau 3

Er is tegenstrijdig bewijs dat een lumbale orthese de functionele status meer verbetert dan een ander type behandeling.

A2 Hsieh, 1992³

Effect van verschillende soorten lumbale orthesen

In een RCT van hoge kwaliteit werden de effecten van twee verschillende soorten lumbale orthesen met elkaar vergeleken.⁷ Het ene type orthese had een verstevigd ruggand, het andere type niet. Patiënten met de verstevigde orthese toonden een significant grotere globale verbetering dan de andere groep.

Conclusie

Niveau 3

Er zijn aanwijzingen dat een lumbale orthese met rugversteviging meer verbetering geeft van de algehele toestand dan een orthese zonder rugversteviging.

A2 Million, 1981⁷

Overige overwegingen

Bij het voorschrijven van lumbale orthesen moet worden bedacht dat het dragen ervan ook veel nadelen kan hebben, zoals minder beweeglijkheid, warm (vooral in de zomer), zweten, benauwd gevoel door druk op de buik, verschuiven van de orthese en het ontstaan van drukplekken. Deze nadelen zijn waarschijnlijk de oorzaak van de relatief lage compliance die is vastgesteld bij dragers van een lumbale orthese. Zo varieerde bij de preventieve studies het regelmatige

gebruik van de lumbale orthese tijdens het werk tussen 43 en 80%.^{8,9} In de therapiestudies werd slechts eenmaal de therapietrouw vermeld. Hierbij bleek dat slechts 56% van de patiënten de lumbale orthese zeven uur of meer per dag droeg. Andere overwegingen zijn nog dat een lumbale orthese kan leiden tot een slechter functioneren van het spierkorset, het activerings- en tijdscontingente principe tegenwerkt en relatief kostbaar is.

Aanbeveling

Het voorschrijven van lumbale orthesen wordt bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten niet aanbevolen.

Medicatie bij chronische lage rugpijn**Wetenschappelijke onderbouwing****NSAID's**

Het aantal goede RCT's naar het effect van NSAID's bij chronische lage rugklachten is zeer beperkt. Van Tulder et al. vonden slechts twee studies; hierbij is alleen gekeken naar pijnreductie en niet naar het effect op het functioneren.¹

Berry et al. vergeleken in een cross-over-studie bij 37 patiënten naproxen (2550 mg/dag), diflunisal (2500 mg/dag) en placebo gedurende steeds twee weken; naproxen gaf een significante pijnreductie ten opzichte van placebo.²

Hickey et al. vonden gedurende vier weken bij 30 patiënten diflunisal (2500 mg/dag) effectiever dan paracetamol (41.000 mg/dag) ten aanzien van pijnreductie.³

Drie studies vergeleken verschillende NSAID's bij chronische lage rugklachten, waarbij geen onderlinge verschillen in pijnreductie werden gevonden.⁴⁻⁶ Er zijn geen studies gevonden naar het effect van NSAID's bij chronische lage rugklachten op langere termijn.

Conclusies

Niveau 2

Er zijn aanwijzingen dat het kortdurend geven van NSAID's bij chronische aspecifieke lage rugklachten effectiever is in pijnreductie dan paracetamol of placebo.

A2 Hickey, 1982³

B Berry, 1982²

Niveau 2

Er zijn geen verschillen in effectiviteit tussen de verschillende NSAID's.

A2 Siegmeth, 1978⁵

B Matsumo, 1991⁴; Videman, 1984⁶

Analgetica

Er zijn geen RCT's gevonden waarin paracetamol wordt vergeleken met placebo bij chronische aspecifieke lage rugpijn.¹ In de studie van Hickey beoordeelden 4 van de 12 patiënten behandeld met paracetamol (4(1.000 mg) een goed of uitstekend resultaat tegen 10 van de 16 met diflunisal behandelde patiënten.³

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het kortdurend geven van analgetica effectief is bij chronische aspecifieke lage rugpijn. Er zijn geen studies bekend naar het effect op langere termijn. <i>A2 Hickey, 1982³</i>
----------	--

Antidepressiva, anxiolytica en opiaten

Van Tulder et al. vonden negen RCT's naar het effect van tricyclische antidepressiva bij chronische lage rugklachten.¹ Zeven studies (n=328), waarvan vijf van goede kwaliteit, vergeleken een antidepressivum met placebo. In de vijf studies met pijnintensiteit als uitkomstmaat werden in drie studies geen verschillen gevonden, terwijl in twee studies werd gevonden dat antidepressiva effectiever waren dan placebo. Zes studies hadden depressie als uitkomstmaat, waarvan er vijf geen verschillen vonden. Eén minder goede studie vond geen verschillen tussen twee verschillende antidepressiva. In één goede studie (n=39) bij patiënten met geringe depressie en chronische lage rugklachten, waarbij een antidepressivum werd vergeleken met paracetamol, werd een grotere afname gevonden wat betreft pijnintensiteit en depressie in de antidepressivumgroep. Er werd één RCT gevonden naar het effect van anxiolytica. Arbus et al. vergeleken bij 50 patiënten tetrazepam met placebo en vonden na tien dagen meer algemene verbetering en een grotere pijnreductie in de tetrazepamgroep.⁷

In toenemende mate worden opiaten toegepast bij patiënten met chronische lage rugklachten: oraal, transcutaan, maar ook in beperkte mate epiduraal of spinaal. Er zijn echter vooralsnog geen RCT's waarin behandeling met opiaten wordt vergeleken met placebo of NSAID's of andere analgetica. Tramadol is een vrij recentelijk op de markt gebrachte en in de praktijk veel gebruikte opiaatagonist. RCT's over chronische lage rugpijn waarbij dit middel direct werd vergeleken met placebo, paracetamol of NSAID's, werden niet gevonden.

In een RCT met een wat moeilijke opzet werd tramadol gedurende vier weken in een dosering van 200-400 mg/dag vergeleken met placebo bij 254 patiënten met chronische lage rugpijn waarbij (tijdens een voorafgaande 'open label'-studie) tramadol effectief was gebleken en goed werd verdragen (126 van de 380 patiënten vielen in deze open label-studie uit, waarvan 78 vanwege bijwerkingen en 23 vanwege gebrek aan effect). In deze zeer geselecteerde groep vonden Schnitzer et al. een duidelijke pijnreductie en beter functioneren in de tramadolgroep.⁸

In een studie waarin verschillende toedieningsvormen werden vergeleken bij patiënten met chronische lage rugpijn, werd geen verschil gevonden in effectiviteit (45% pijnreductie) terwijl de retardvorm minder bijwerkingen gaf dan de gewone toedieningsvorm.⁹

Conclusies

Niveau 1	Er is tegenstrijdig bewijs voor het effect van tricyclische antidepressiva. <i>A1 Van Tulder, 1999¹</i>
Niveau 3	Er is beperkt bewijs voor het effect van anxiolytica. <i>A2 Arbus, 1990⁷</i>
Niveau 4	Er is geen bewijs van gecontroleerde aard dat opiaten effectief zijn bij chronische lage rugklachten.

Overige overwegingen

Duur van de studies

Alle vermelde studies zijn van korte duur. Het is onbekend of de effecten op de langere duur zullen aanhouden of wegebben. Het is aangewezen om – indien nodig – deze medicamenten alleen voor een relatief korte tijd voor te schrijven.

Pijnstillers en multidisciplinaire benadering

Het is niet geheel duidelijk in hoeverre er een plaats is voor pijnmedicatie bij de multidisciplinaire benadering van chronische lage rugpijn in het kader van het biopsychosociale model.

Enerzijds kan het gebruik van deze middelen worden gezien als pijngedrag, en een van de doelstellingen kan juist zijn deze medicatie af te bouwen dan wel ze niet voor te schrijven. Aan de andere kant kan pijnmedicatie ook worden gebruikt om tijdens kortdurend gebruik iemand te helpen 'over een drempel te komen' bij een activerend multidisciplinair programma. Na discussie in de werkgroep wordt besloten dat dit laatste zeker een indicatie kan zijn voor pijnmedicatie.

Paracetamol

Bij veel pijnbeelden van het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld artrose) is paracetamol een goede en veilige pijnstiller gebleken, ook vergeleken met NSAID's en placebo.

Opiaten

Er zijn studies voorhanden die pijnvermindering beschrijven bij chronische niet-maligne pijn; er blijft echter discussie in hoeverre voor- en nadelen tegen elkaar opwegen, bij welke

patiënten deze middelen moeten worden voorgeschreven en in hoeverre opiaten passen in een multifactoriële benadering.¹⁰⁻¹²

Bijwerkingen

Voor een uitgebreid overzicht van bijwerkingen en interacties wordt verwezen naar de relevante handboeken en andere literatuur; alleen de belangrijkste worden hier genoemd.

Paracetamol in doseringen tot 4000 mg/dag geeft weinig kans op (ernstige) bijwerkingen. Antidepressiva veroorzaken frequent klachten van droge mond, sufheid, accommodatiestoornissen, obstipatie en orthostatische hypotensie. Anxiolytica geven bij ongeveer 70% van de patiënten bijwerkingen zoals sufheid en duizeligheid; bovendien is er het risico op afhankelijkheid.

Opiaten hebben een remmend (soms een prikkelend) effect op het CZS, kunnen aanleiding geven tot obstipatie, urineretentie en galsteenkoelieken. Lichamelijke afhankelijkheid kan optreden, psychische afhankelijkheid zou bij chronische pijn veel minder vaak voorkomen. Tramadol geeft vrij veel kans op bijwerkingen, vooral misselijkheid, duizeligheid, slaperigheid en hoofdpijn. Gelijktijdig gebruik met alcohol en andere centraal depressieve stoffen kan een verdere onderdrukking geven van het CZS.

NSAID's veroorzaken frequent (ernstige) bijwerkingen op onder andere gastro-intestinaal gebied, nierfunctie, stollingssysteem, bloeddruk, decompensatio cordis en CZS (duizeligheid, sufheid), hoewel de kans op ernstige bijwerkingen op gastro-intestinaal gebied met de nieuwe generatie COX2-specifieke remmers veel kleiner is. Interacties zijn onder andere bekend met lithium (verhoogde lithiumspiegel), corticosteroiden (verhoogde kans op gastro-intestinale problemen), allerlei cardiovasculaire medicatie (verminderde werking) en sulfonylureumpreparaten (kans op hypoglykemie).

NSAID's en spondylartropathie

Wanneer een NSAID bij chronische lage rugpijn binnen enkele dagen een zeer sterke verbetering geeft, moet men bedacht zijn op een spondylartropathie (M. Bechterew en aanverwante beelden). Deze beelden hebben vaak een zeer atypisch begin en worden pas veel later duidelijk, waarbij het gevaar bestaat dat deze patiënt 'als specifiek wordt uitgeboekt', zodat in de chronische fase geen pogingen meer worden gedaan tot diagnostiek. Het NSAID kan hierbij eigenlijk als een diagnostisch middel fungeren. Het stellen van de diagnose is van belang omdat er duidelijke therapeutische consequenties aan zijn verbonden: NSAID's geven niet alleen een duidelijke afname van pijn en stijfheid, maar ook een duidelijke verbetering van het functioneren.

Aanbeveling

Bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten kunnen – voor een korte periode – pijnstillers worden voorgeschreven, rekening houdend met mogelijke (ernstige) bijwerkingen, inclusief afhankelijkheid. Ook in de multidisciplinaire benadering is plaats voor kortdurend gebruik van pijnstillers. Het voorschrijven van pijnstillers voor langdurig gebruik (langer dan vier weken) is niet geïndiceerd. Middel van eerste keus is paracetamol. Bij onvoldoende effect kan worden overgegaan op tramadol of NSAID's en in laatste instantie opiaten.

Invasieve therapie

Injectietherapie

Wetenschappelijke onderbouwing

Intra-articulaire injecties van de lumbale facetgewrichten

Carette et al. onderzochten op gerandomiseerde, placebogecontroleerde, prospectieve wijze 97 patiënten met chronische lage rugklachten die direct pijnvermindering ervoeren na injectie van een lokaal anaestheticum in de facetgewrichten tussen de 4^e en 5^e lumbale wervels en tussen de 5^e lumbale en 1^e sacrale wervels.¹ Van deze patiënten kregen 49 patiënten 20 mg methylprednisolonacetaat en 48 patiënten isotoon zout toegediend op dezelfde niveaus. Met betrekking tot VAS, flexie in de rug en functiebeperking scoorden patiënten behandeld met corticosteroiden na zes maanden beter dan de met placebo behandelde patiënten. Echter, de verschillen verminderden tot niet-significante waarden wanneer rekening werd gehouden met het effect van andere in die periode uitgevoerde interventies.

Nelemans et al. verrichtten een systematische review (Cochrane) naar drie injectietherapieën met gebruikmaking van corticosteroiden: epidurale injecties, facetgewrichtinjecties en lokale infiltraties.² Zij bestudeerden 21 RCT's, waarvan bij slechts 11 corticosteroiden werden vergeleken met placebo. Slechts drie onderzoeken waren naar hun oordeel van goede kwaliteit. Voor elk van de drie injectietherapieën bleek er één goede RCT te zijn. De injecties van corticosteroiden in de lumbale facetgewrichten bleken geen significant effect te hebben.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat injecties met corticosteroiden in de lumbale facetgewrichten bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten niet effectief zijn.
	A2 Carette, 1991 ¹
	B Nelemans, 1999 ²

Epidurale injecties met corticosteroiden en lokale anaesthetica

Koes et al. hebben een systematische review (Medline 1966-1993) verricht naar de effectiviteit van epiduraal toegediende corticosteroiden bij patiënten met langer dan een maand bestaande lage rugklachten, eventueel gepaard gaande met uitstraling in de benen.³ De resultaten werden als positief beoordeeld wanneer epidurale corticosteroidinjecties beter scoorden dan referentiebehandelingen met betrekking tot onder andere pijnreductie en het uiteindelijk moeten ondergaan van een operatie. Zij includeerden 12 RCT's (534 patiënten). Hiervan lieten zes studies een positief effect zien, en bij de zes andere studies kon geen effect worden aangetoond. De methodologische kwaliteit van al deze studies was redelijk vergelijkbaar.

Nelemans et al. verrichtten een systematische review (Cochrane) naar drie injectietherapieën met gebruikmaking van corticosteroiden: epidurale injecties, facetgewrichtinjecties en lokale infiltraties.² Zij bestudeerden 21 RCT's, en daarvan waren er slechts 11 waarbij corticosteroiden werden vergeleken met placebo. Slechts drie onderzoeken waren naar hun oordeel van goede kwaliteit. Voor elk van de drie injectietherapieën bleek er één goede RCT te zijn. Voor epidurale injecties kon geen effect worden aangetoond.

Andere reviews rapporteren positieve resultaten van epidurale injecties. Het betreft hier met name patiënten met sciatica.^{4,5}

Conclusie

Niveau 1	Er zijn inconsistente resultaten gevonden met betrekking tot het effect van epiduraal toegediende corticosteroiden bij patiënten met specifieke lage rugklachten (eventueel met uitstraling) die minimaal een maand bestaan. Het effect is hierbij zowel in positieve als in negatieve zin niet duidelijk aangetoond.
	A1 Koes, 1993 ³
	B Nelemans, 1999 ²

Overige overwegingen

Carette et al. hebben een redelijk sterk bewijs geleverd dat injecties van corticosteroiden in de lumbale facetgewrichten niet effectief zijn bij patiënten met chronische specifieke lage rugklachten. Echter, uit het onderzoek blijkt ook dat combinatie van deze therapie met andere behandelvormen mogelijk tot meer succes leidt. Dit kan misschien worden toegeschreven aan de andere, in de evaluatieperiode uitgevoerde interventies, maar dit kan ook wijzen op het meer succesvol zijn van combinatietherapie. Dit past overigens in de actuele multidisciplinaire behandeling van lage rugklachten.

Aanbeveling

Injectietherapie (epiduraal of intra-articulair) met corticosteroiden wordt bij patiënten met chronische specifieke lage rugklachten niet aanbevolen.

Lokale injecties bij chronische lage rugpijn

Wetenschappelijke onderbouwing

In een systematisch review vonden Van Tulder et al.¹ twee RCT's naar het effect van lokale injecties bij chronische lage rugpijn.^{2,3} Hun conclusie was dat er beperkt bewijs is dat injecties met combinaties van corticosteroiden en lokale anaesthetica in zogenoemde 'triggerpoints' en fenolinjecties in lumbale ligamenten effectief zijn bij chronische lage rugpijn.

Nelemans et al. verrichtten een systematisch review (Cochrane) naar verschillende injectietherapieën bij lage rugpijn, waaronder lokale injecties.⁴ Op basis van de vijf gevonden RCT's naar het effect van lokale injecties concludeerden zij dat er onvoldoende bewijs was voor de effectiviteit van deze injecties.^{2,5,8}

Bij eigen analyse van de oorspronkelijke studies zoals gemeld door Van Tulder en Nelemans, blijkt dat deze studies zeer verschillend zijn qua opzet, aantal en soort injecties en lokalisatie van de injecties.

Aanvullend op de bovengenoemde studies werd nog één recente RCT gevonden naar het effect van scleroserende injecties.⁹

Bij de beoordeling van het effect van lokale injecties bij chronische lage rugpijn kan een onderscheid worden gemaakt naar de aard van de injecties (scleroserend versus lokale anaesthetica/corticosteroiden) en de lokalisatie van de injecties ('triggerpoints' versus 'ligamentair'). Per groep blijven dan slechts weinig studies over om te beoordelen.

Scleroserende injecties

Er zijn twee studies gevonden, beide bij patiënten met chronische lage rugpijn, met een follow-up van zes maanden en dezelfde locaties waar de injecties werden gegeven.

De studie van Ongley laat een significante pijnvermindering zien in de met scleroserende injecties behandelde groep vergeleken met een groep die geen scleroserende injecties kreeg; de behandeling van de twee groepen verschilde echter niet alleen wat betreft het al dan niet geven van scleroserende injecties, maar ook wat betreft andere behandelingen/ingrepen.² De resultaten kunnen dus niet met zekerheid worden toegeschreven aan de scleroserende injecties alleen.

In de studie van Dechow is wel alleen gekeken naar het effect van scleroserende injecties versus zout/lidocaïne; significante verschillen tussen beide behandelgroepen werden niet gevonden.⁹

Conclusie

Niveau 2	Er is onvoldoende bewijs voor het effect van scleroserende injecties bij patiënten met chronische specifieke lage rugklachten.
	B Ongley, 1987; Dechow, 1999 ⁹

Triggerpoint-injecties

Hameroff et al. verrichtten een cross-over-studie waarbij een eenmalige injectie met bupivacaïne, etidocaïne en zout werd vergeleken bij patiënten met een myofasciaal pijnsyndroom in rug en/of nek (duur onbekend) die eerder goed hadden gereageerd op triggerpoint-injecties met bupivacaïne; per keer werden 10-18 triggerpoints geïnjecteerd.⁶ Er werd een significante pijnvermindering gevonden bij de injecties met bupivacaïne en etidocaïne vergeleken met zout. Het is onduidelijk in hoeverre deze resultaten overdraagbaar zijn naar patiënten met chronische lage rugpijn.

In de studie van Garvey werd gekeken naar patiënten met lage rugpijn met een duur van minstens vier weken die één punt van maximale pijn konden aangeven (triggerpoint).⁸ Behandeling bestond uit één injectie met lidocaïne of lidocaïne en een corticosteroid, 'dry needling' of lokale druk. Significante verschillen in pijnreductie werden niet gevonden.

Uit de studie van Bourne et al. komt een zeer duidelijke pijnreductie naar voren bij patiënten met chronische lage rugpijn wanneer pijnpunten worden behandeld met lokale injecties met een combinatie van een corticosteroid en lidocaïne in vergelijking met injecties die alleen uit lidocaïne bestaan.³ Deze resultaten zijn echter moeilijk op waarde te schatten door de beperkte beschrijving van de studieopzet.

Conclusie

Niveau 2	Het is onduidelijk in hoeverre triggerpoint-injecties effectief zijn bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten.
	B Bourne, 1984 ³ ; Garvey, 1989 ⁸
	C Hameroff, 1981 ⁶

Ligamentaire injecties

In twee studies is het effect van lokale injecties met lidocaïne/corticosteroiden ter hoogte van de iliolumbale ligamenten onderzocht.

Sonne et al. gaven bij patiënten met lage rugpijn met een duur van minstens een maand, maximaal drie injecties met een combinatie van lidocaïne en een corticosteroid dan wel met fysiologisch zout.⁷ De follow-up was twee weken na de laatste injectie; het aantal injecties is niet vermeld. Er werd een significante pijnreductie gevonden in de groep die behandeld was met het actieve middel.

Collée et al. deden onderzoek met een follow-up van twee weken naar patiënten met lage rugpijn waarbij de diagnose 'crista iliaca-pijnsyndroom' werd gesteld (de voor de patiënten typische pijn kan worden gereproduceerd door lokale druk ter hoogte van de mediale cristarand; de aanhechting van het iliolumbale ligament).⁵ Behandeling bestond uit een eenmalige injectie ter hoogte van de mediale cristarand met lidocaïne dan wel fysiologisch zout. In de lidocaïnegroep bleek sprake van een significante pijnreductie vergeleken met de zoutgroep.

Bij uitsplitsing in patiënten met een korte versus een lange duur van de lage rugpijn bleek dat alleen in de chronische groep een significante pijnreductie was opgetreden in de lidocaïnegroep ten opzichte van de zoutgroep. In de acute groep werd geen verschil gevonden.

Conclusie

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen voor een kortdurend effect van injecties met lidocaïne en/of corticosteroiden ter hoogte van het iliolumbale ligament wanneer het klinisch beeld past bij een lokaal probleem ter plaatse bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten. Er zijn geen gegevens uit RCT's over het effect op langere termijn.
	B Collée, 1991 ⁵ ; Sonne, 1985 ⁷

Overige overwegingen

De werkgroep is – op basis van de gevonden literatuur, het invasieve karakter van de behandeling en het feit dat er onduidelijkheid is over de diagnostiek van triggerpoints en de reproduceerbaarheid hiervan – van mening dat het geven van triggerpoint-injecties vooralsnog niet kan worden aangeraden.

Wat betreft het geven van ligamentaire injecties is de werkgroep van mening dat hoewel dit een mogelijkheid van behandeling kan zijn voor een beperkte groep patiënten, terughoudendheid op zijn plaats is gezien het invasieve en pijncontingente karakter.

Lokale injecties kunnen worden gegeven zowel in de eerste als tweede lijn door artsen met ervaring in de toegepaste techniek. Belangrijk is een aseptische benadering, kennis van de lokale anatomie en het altijd controleren of men niet in een bloedvat zit vooraleer de medicatie in te spuiten.

Uit de reumatologische literatuur is bekend dat wanneer intra-articulare puncties of injecties worden gegeven onder aseptische omstandigheden, er een minimale kans is op het inbrengen van een infectie (1 op 15.000-50.000); de kansen op het inbrengen van een infectie bij wekedelen-injecties zijn waarschijnlijk vergelijkbaar.

Zoals bij alle injecties zijn neurovegetatieve reacties mogelijk, net als anafylactische reacties; in de praktijk wordt dit nauwelijks gezien.

Het toedienen van lidocaïne geeft geen lokale bijwerkingen, corticosteroiden kunnen bij herhaaldelijk inspuiten op dezelfde locatie aanleiding geven tot lokaal weefselverval.

Aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat hoewel ligamentaire injecties een mogelijkheid van behandeling kunnen zijn, terughoudendheid op zijn plaats is gezien het invasieve en pijncontingente karakter.

Scleroserende injecties of triggerpoint-injecties worden bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn niet aanbevolen.

Gedragstherapie

Inleiding

Gedragmatige behandelingen worden veel toegepast bij chronische aspecifieke rugklachten. De vooronderstelling hierbij is dat pijn en de daarbij behorende beperkingen niet alleen het gevolg zijn van onderliggende somatische pathologie, maar ook afhangen van de overtuiging en de verwachtingen, van psychische stress, ziektegedrag van de patiënt en sociale factoren. Er worden in het algemeen drie behandelingsrichtingen besproken waarbij elk type zich richt op de modificatie van een van de drie emotionele responsystemen: het gedrag, cognities en fysiologische reactiviteit.¹ Vaak worden deze verschillende vormen in combinatie met elkaar gebruikt en/of in combinatie met andere therapieën, zoals oefentherapie.

Wetenschappelijke onderbouwing

In een systematische review is onderzocht of gedragsgeoriënteerde therapie effectiever is dan een afwachtend beleid (wachtljstcontroles of geen behandeling) en of het effectiever is dan andere therapieën.² Daarnaast is ook onderzocht of een bepaald type gedragsgeoriënteerde therapie het meest effectief was. De resultaten, gebaseerd op 21 RCT's, laten zien dat er sterke bewijskracht is dat gedragsgeoriënteerde therapieën effectiever zijn dan geen behandeling, wachtljstcontrole of placebo. Echter, de grootte van het effect was matig positief wat betreft pijnintensiteit, terwijl op algemeen functionele status en gedragsmatige uitkomsten er slechts kleine positieve effecten werden gevonden. De effectiviteit van gedragsgeoriënteerde therapieën in vergelijking met andere behandelingen is onduidelijk. Er is geen bewijs dat een van de gedragsgeoriënteerde therapieën het meest effectief is. Tot slot concludeerden Van Tulder et al. dat het toevoegen van een gedragsgeoriënteerde therapie (of element hieruit) aan een andere behandeling (bijvoorbeeld fysiotherapie of rugschool) slechts een matig positief effect heeft op de functionele status voor de korte termijn en een klein positief effect op de lange termijn. Turner heeft een meta-analyse verricht naar de effectiviteit van gedragsgeoriënteerde therapieën bij patiënten met lage rugpijn in de eerste lijn.³ Veertien artikelen voldeden aan de gestelde criteria. In de review zijn slechts tien van de veertien geïncludeerde studies te achterhalen, waarvan er acht zijn opgenomen in de review van Van Tulder.² De presentatie van de resultaten is dusdanig dat het onduidelijk is op welke studies de conclusies gebaseerd zijn. Wel komen deze conclusies in grote lijnen overeen met die van Van Tulder. Ook hier komt men namelijk tot de conclusie dat gedragsgeoriënteerde therapieën effectiever zijn dan controlebehandelingen zoals een wachtljstcontrole, maar dat er geen verschillen zijn tussen de verschillende vormen van gedragsgeoriënteerde therapieën of andere actieve behandelingen.

Conclusie

Niveau I

Het toepassen van gedragsgeoriënteerde therapieën is zinvol bij chronische aspecifieke lage rugpijn, vooral wat betreft pijnintensiteit. Het is onduidelijk welke vorm het meest effectief en of het effectiever is dan andere actieve behandelingen. Tot slot is het ook nog onduidelijk of het toevoegen van gedragsgeoriënteerde therapie (of elementen hiervan) aan andere behandelingen zinvol is.

A1 Van Tulder, 2001²; Turner, 1996³

Overige overwegingen

Uit de review bleek dat het vaak niet duidelijk is welke behandelaar de interventie heeft uitgevoerd, en als het wel duidelijk is, is het vaak nog onduidelijk welke kwalificatie deze behandelaar dan heeft. Williams et al. wezen erop dat deze kwalificaties van belang zijn in het kader van het juist uitvoeren van deze gedragsgeoriënteerde therapieën.⁴ De werkgroep is van mening dat een gedegen scholing in de principes van de gedragsgeoriënteerde therapieën van essentieel belang is om deze principes op een adequate wijze te kunnen toepassen. Daarnaast is de werkgroep van mening dat verdergaand onderzoek wenselijk is, om zo vast te stellen welke subgroep van patiënten baat heeft bij een specifieke vorm van gedragstherapie.

Aanbeveling

Gedragstherapie in engere zin kan bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten worden aanbevolen.

Multidisciplinaire behandelprogramma's

Inleiding

Onder multidisciplinaire behandeling moet worden verstaan behandeling door meerdere disciplines (vanuit meerdere invalshoeken), met een gemeenschappelijk afgestemd beleid. In principe bestaat de multidisciplinaire behandeling uit een fysieke en gedragsmatige reconditionering, met als doel het vervangen van pijngedrag door normaal gedrag, met name normale 'stresscoping'. Dit wordt bereikt door verandering van blokkerende (negatieve) cognities en attributies.

Effectiviteit van multidisciplinaire behandelprogramma's

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn ten aanzien van de effectiviteit van multidisciplinaire behandeling bij chronische specifieke lage rugklachten twee goede reviews: Van Tulder et al. (2000) en Cochrane (1998).^{1,2} De conclusies hiervan luiden: 'Er is sterk bewijs voor de zinvolheid van multidisciplinaire programma's bij langdurige chronische lage rugpijn' respectievelijk 'level-1-evidence that a multidisciplinary treatment program aimed at functional restoration is useful for patients with longlasting severe chronic low back pain'. Gezien de mogelijke verschillen tussen de studies waarop de reviews berusten, zijn de vier als 'goed' gekwalificeerde studies in detail bestudeerd. Er bleken verschillen te bestaan wat betreft opzet: patiëntselectie, stimulus en gehanteerde uitkomstmaten. Bij Harkapaa et al. ging het om werkenden met zwaar lichamelijk werk en veel pijnrecidieven.³ Zij werden verdeeld in drie groepen, die een 'inpatient'- of een 'outpatient'-behandeling ondergingen, of alleen schriftelijke informatie (controlegroep). De behandeling kwam neer op rugscholing. Na drie maanden waren de verschillen het grootst ten aanzien van pijn en handicap, vooral ten gunste van de inpatient-groep. Na twee jaar was dit verschil niet meer waarneembaar; alleen oefenden de groep 'inpatients' meer en verzuimde deze groep minder werk in vergelijking tot de andere groepen. Bij Alaranta et al. waren patiënten geselecteerd die meer dan zes maanden rugpijn hadden, gemiddeld 60 dagen in het afgelopen jaar in de ziektewet hadden doorgebracht, maar waarbij intensief oefenen niet gecontraïndiceerd mocht zijn.⁴ Dit resulteerde in 54% exclusie van potentiële deelnemers. De behandelgroep onderging zware lichamelijke training ('functional restoration') in een centrum, terwijl de controlegroep het gebruikelijke Finse rehabilitatieprogramma volgde. Beide groepen verbeterden; de experimentele groep het meest wat betreft de Million Pain and Disability Index, spierkracht en mobiliteit. Er was geen verschil wat betreft overige parameters. Mitchel en Carmen vergeleken arbeiders die langer dan 90 dagen in de ziektewet waren wegens lage rugklachten.⁵ Tevens was een voorwaarde voor inclusie dat zij inadequaat ziektegedrag vertoonden en continu pijn hadden. Er was 13% vroegtijdige uitval in de experimentele groep, die een fysiek oefenprogramma onderging met gedragsmatige ondersteuning. De controlegroep kreeg 'usual care'. Resultaat: geen verschil tussen groepen, behoudens lagere kosten in de experimentele groep. Na een jaar was 80% weer aan het werk, ongeacht de behandeling. Lindström et al. onderzochten arbeiders die acht weken in de ziektewet waren (subacute rugpijn), en die drie maanden voorafgaand hieraan geen rugpijn kenden.⁶ De stimulus bestond uit: meting functionele capaciteit, bezoek werkplek, Zweedse rugschool met individuele aandacht en een individueel stapsgewijs oefenprogramma met gedragsmatige begeleiding. De controlegroep onderging 'traditional care'. Resultaat: de experimentele groep hervatte eerder het werk en vertoonde minder verzuim- en WAO-problematiek.

Conclusie

Niveau 1	Multidisciplinaire behandeling gericht op functioneel herstel is effectief voor patiënten met chronische lage rugklachten werkzaam binnen een industriële setting.
	A1 Van Tulder, 2000 ¹

Overige overwegingen

De RCT's betreffende multidisciplinaire behandelprogramma's bij chronische lage rugklachten laten een heterogeen beeld zien. Klachtenduur is veelal als criterium gebruikt, kenmerken van ziektegedrag (gele vlaggen) worden hierbij soms wel en soms niet als criterium benoemd. De inhoudelijke inbreng van disciplines en gedragsmatige behandelstrategieën is sterk wisselend, zodat een onderlinge vergelijking wordt bemoeilijkt. Vanuit een arbeidsgerelateerde setting is de effectiviteit onderbouwd, voor de niet-arbeidsgerelateerde setting werden geen RCT's gevonden. Hoge kosten vormen in dergelijke behandelingen mede een reden voor een terughoudende toepassing.

Een multidisciplinaire behandeling dient te bestaan uit een:

- Gestandaardiseerde intake die een beeld geeft van de medische factoren, fysieke conditie, de cognitief-gedragsmatige en emotionele factoren en de sociaal-maatschappelijk relevante omstandigheden. Pijn en ziektegedrag zijn hierbij belangrijke aandachtspunten.
- Een op maat gesneden behandeltraject dat rekening houdt met de bovenstaande factoren.

Het traject bestaat uit:

- Een fysieke reconditionering volgens tijdcontingente principes.
- Een gedragsmatige reconditionering van cognities en attributies.

Het traject kan ook in groepsverband worden doorlopen:

- In een dergelijke behandeling dient een 'casemanager' de integratie en voortgang te bewaken. De aard en ernst van de onderliggende problematiek is hierbij uitgangspunt voor de mate waarin medische, paramedische, psychologische en sociaal-maatschappelijke professionals in de behandeling worden betrokken.

Aanbeveling

Een multidisciplinaire behandeling gericht op functioneel herstel kan worden aanbevolen wanneer chronische specifieke lage rugklachten samengaan met een groot verlies van functioneren en waarbij eerdere behandelingen onvoldoende resultaat hebben gehad.

Patiëntenverwachtingen

Bij chronische rugpijnpatiënten zijn de problemen rond de behandeling meer uitgesproken aanwezig. Walker et al. interviewden 20 chronische rugpijnpatiënten die een pijnkliniek bezochten. Hieruit komen vijf thema's naar voren die voor de patiënten van belang zijn: de pijn gaat het leven beheersen, een gevoel van verlies dat zich op allerlei levenssterreinen uitbreidt, een ervaring van in het systeem gevangen zitten, het gevoel niet begrepen te worden, het komen tot een nieuwe balans in het leven.¹

Literatuur

Bedrust versus actief blijven

1. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 647-52.
2. Tulder MW van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.
3. Maher C, Latimer J, Refshauge K. Prescription of activity for low back pain: What works? *Aust J Physiother* 1999; 45: 121-32.
4. Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F, et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine* 2000; 25: 4 suppl.

Oefentherapie

1. Tulder MW van, Malmivaara A, Esmail R, Koes BW. Exercise therapy for low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.
2. Soukup MG, Glomsrød B, Lönn JH, Bø K, Larsen S. The effect of a Mensendieck exercise program as secondary prophylaxis for recurrent low back pain: a randomized clinical trial with 12 month follow-up. *Spine* 1999; 24: 1585-91.
3. Moffett JK, Torgerson D, Bell-Syer S, Jackson D, Llewlyn-Phillips H, Farrin A, et al. Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences. *Br Med J* 1999; 319: 279-83.
4. Hilde G, Bø K. Effect of exercise in treatment of chronic low back pain: a systematic review, emphasising type and dose of exercise. *Phys Ther Rev* 1998; 3: 107-17.
5. Maher C, Latimer J, Refshauge K. Prescription of activity for low back pain: What works? *Aust J Physiother* 1999; 45: 121-32.
6. Sjørgen T, Long N, Storay I, Smith J. Group hydrotherapy versus land-based treatment for chronic low back pain. *Physiother Res Int* 1997; 4: 212-22.
7. McIlveen B, Robertson VJ. A randomized controlled study of the outcome of hydrotherapy for subjects with low back or back and leg pain. *Physiotherapy* 1998; 84: 17-26.
8. Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F, et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine* 2000; 25: 4 suppl.

Rugscholing

1. Tulder MW van, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
2. Tulder MW van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.

Manipulatie

1. Assendelft WJJ, Koes BW, Knipschild PG, Bouter LM. The relation between methodological quality and conclusions in reviews of spinal manipulation. *JAMA* 1995; 274: 1942-8.
2. Koes BW, WJJ Assendelft WJJ, Heijden GJMG van der, Bouter LM. Spinal manipulation and mobilization for low-back pain: an updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine* 1996; 21: 2860-71.
3. Tulder MW van, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low-back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997; 22: 2128-56.
4. Brønfort G. Efficacy of spinal manipulation and mobilisation for low back and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis (thesis). Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997.
5. Brønfort G. Spinal manipulation: current state of research and its indications. *Neurol Clin* 1999; 17: 91-111.
6. Terrett AGJ, Kleynhans AM. Complications from manipulations of the low back. *Chiropractic J Aust* 1992; 22: 129-40.
7. Haldeman S, Rubinstein SM. Cauda equina syndrome following lumbar spine manipulation. *Spine* 1992; 17: 1469-73.
8. Assendelft WJJ, Bouter LM, Kessels AGH. Complications of spinal manipulation: a comprehensive review of the literature. *J Fam Pract* 1996; 42: 465-80.

Tractie

1. Heijden GJ van der, Beurskens AJHM, Assendelft WJJ, VET HCW de, Bouter LM. The efficacy of back and neck pain. A systematic blinded review of randomized clinical trials methods. *Phys Ther* 1995; 75: 93-104.
2. Tulder MW van, Malmivaara A, Esmail R, Koes BW. Exercise therapy for low back pain. *Cochrane Review*. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.

TENS, EMG en fysische modaliteiten

1. Tulder MW van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.
2. Windt DAWM van der, Heijden GJMG van der, Berg SGM, et al. Effectiviteit van ultrageluid behandeling voor aandoeningen van het bewegingsapparaat: een systematische review. *Ned Tijdschr Fysiother* 1999; 109: 14-23
3. Gam JN, Johannson J. Ultrasound therapy in musculoskeletal disorders: a meta-analysis. *Pain* 1995; 63: 85-91.
4. Gezondheidsraad. De effectiviteit van fysische therapie; elektrotherapie, lasertherapie en ultrageluidbehandeling. Den Haag: Gezondheidsraad, 1999.
5. Bie RA de, Verhagen AP, Lenssen AF, Vet HCW de, Wildenberg FAJM van den, Kootstra G, et al. Efficacy of 904 nm laser therapy in the management of musculoskeletal disorder: a systematic review. *Phys Ther Rev* 1998; 3: 59-72.

Massage

1. Ernst E. Massage therapy for low back pain: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17: 65-9.
2. Furlan AD, Brosseau L, Welch V, Wong J. Massage for low back pain (Cochrane Review). In: *Cochrane Library*, Issue 3, 2001 Oxford: Update Software.
3. Godfrey CM, Morgan PP, Schatzker J. A randomized trial of manipulation for low-back pain in a medical setting. *Spine* 1984; 9: 301-4.
4. Hoehler FK, Tobis JS, Buerger AA. Spinal manipulation for low back pain. *JAMA* 1981; 245: 1835-8.
5. Konrad K, Tatrai T, Hunka A, Verecke E, Korondi I. Controlled trial of balneotherapy in treatment of low back pain. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 820-2.
6. Hsieh CJ, Phillips RB, Adams AH, Pope ML. Functional outcomes of low back pain: comparison of four treatment groups in a randomized controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther* 1992; 15: 4-9.

Lumbale orthesen

1. Tulder MW van, Jellema P, Poppel MNM van, Nachemson AL, Bouter LM. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. In: Tulder MV van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM (eds). The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.
2. Penrose KW, Chook K, Stump JL. Acute and chronic effects of pneumatic lumbar support on muscular strength, flexibility and functional impairment index. *Sports Train Med Rehab* 1991; 2: 121-9.
3. Hsieh CJ, Phillips RB, Adams AH, Pope ML. Functional outcomes of low back pain: comparison of four treatment groups in a randomized controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther* 1992; 15: 4-9.
4. Coxhead CE, Inskip H, Meade TW, North WRS, Troup JDG. Multicentre trial of physiotherapy in the management of sciatic symptoms. *Lancet* 1981; 1: 1065-8.
5. Doran DML, Newell DJ. Manipulation in treatment of low back pain: a multicentre study. *Br Med J* 1975; 2: 161-4.
6. Valle-Jones JC, Walsh H, O'Hara J, O'Hara H, Davey NB, Hopkin-Richards H. Controlled trial of a back support in patients with non-specific low back pain. *Curr Med Res Pin* 1992; 12: 604-13.
7. Million R, Nilsen HK, Jayson MIV, Baker RD. Evaluation of low back pain and assessment of lumbar corsets with and without back supports. *Ann Rheum Dis* 1981; 40: 449-54.
8. Poppel MNM van, Koes BW, Ploeg T van der, Smid T, Bouter LM. Lumbar supports and education for the prevention of low back pain in industry: a randomised controlled trail. *JAMA* 1998; 279: 1789-94.
9. Anderson CK, Morris TL, Vecchio DC de. The effectiveness of using a lumbar support belt. *Advanced Ergonomics*, 1993.

Medicatie

1. Tulder MW van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.
2. Berry H, Bloom B, Hamilton EBD, Swinson DR. Naproxen sodium, diflunisal, and placebo in the treatment of chronic back pain. *Ann Rheum Dis* 1982; 41: 129-32.
3. Hickey RF. Chronic low back pain: a comparison of diflunisal with paracetamol. *NZ Med J* 1982; 312-4.
4. Matsumo S, Kaneda K, Nohara Y. Clinical evaluation of ketoprofen (Orudis) in lumbago: a double blind comparison with diclofenac sodium. *Br J Clin Pract* 1981; 35: 266.
5. Siegmeth W, Sieberer W. A comparison of the short-term effects of ibuprofen and diclofenac in spondylosis. *J Int Med Res* 1978; 6: 369-74.
6. Videman T, Osterman K. Double-blind parallel study of piroxicam versus indomethacin in the treatment of low back pain. *Ann Clin Res* 1984b; 16: 156-60.
7. Arbus L, Fajadet B, Aubert D, Morre M, Goldberger E. Activity of tetrazepam in low back pain: a double-blind trial v. placebo. *Clin Trial J* 1990; 27: 258-67.
8. Schnitzer TJ, Gray WL, Paster RZ, Kamin M. Efficacy of tramadol in treatment of chronic low back pain. *J Rheumatol* 2000; 27: 772-8.
9. Raber M, Hofmann S, Junge K, Momberger H, Kuhn D. Analgesic efficacy and tolerability of tramadol 100 mg sustained-release capsules in patients with moderate to severe chronic low back pain. *Clin Drug Invest* 1999; 17: 415-23.
10. McQuay H. Opioids in chronic non-malignant pain (editorial). *Br Med J* 2001; 322: 1134-45.
11. Moulin DE, Izzi A, Amireh R, Sharpe WK, Boyd D, Merskey H. Randomised trial of oral morphine for chronic non-cancer pain. *Lancet* 1996; 347: 143-7.
12. McQuay H. Opioids in pain management. *Lancet* 1999; 353: 2229-32.

Invasieve therapie

1. Carette S, Marcoux S, Truchon R, Grondin C, Cagnon D, Allard Y, et al. A controlled trial of corticosteroid injections into facet joints for chronic low back pain. *N Engl J Med* 1991; 325: 1002-7.
2. Nelemans PJ, Bie RA de, Vet HCW de, Sturmans F. Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD001824.
3. Koes BW, Scholten RJ, Mens JM, Bouter LM. Efficacy of epidural injections for low back pain and sciata: a systemic review of randomized clinical trials. *Pain* 1995; 3: 279-88.
4. Watts RW, Silagy CA. A meta-analysis on the efficacy of epidural corticosteroids in the treatment of sciatica. *Anaesth Intens Care* 1995; 23: 564-9.
5. McQuay H, Moore A. An evidence-based resource for pain relief. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998: 216-8.

Lokale injecties

1. Tulder MW van, Koes BM, Assendelft WJJ, Bouter LM. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Instituut, 1999.
2. Ongley MJ, Klein RG, Dorman TA, Eek BC, Hubert LJ. A new approach to the treatment of chronic low back pain. *Lancet* 1987; 7: 143-6.
3. Bourne IHJ. Treatment of chronic back pain. Comparing corticosteroid-lignocaine injections with lignocaine alone. *Practitioner* 1984; 228: 333-8.
4. Nelemans PJ, Bie RA de, Vet HCW de, Sturmans F. Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain. *Cochrane study*, 12 July 1999.
5. Collée G, Dijkmans BAC, Vandenbroucke JP, Cats A. Iliac crest pain syndrome in low back pain. A double blind, randomized study of local injection therapy. *J Rheumatol* 1991; 18: 1060-3.
6. Hameroff SR, Crago BR, Blitt CD, Womble J, Kanel J. Comparison of buvicaine, etidocaine, and saline for trigger-point therapy. *Anaesthesia and Analgesia* 1981; 60: 752-5.
7. Sonne M, Christensen K, Hansen SE, Jensen EM. Injection of steroids and local anaesthetics as therapy for low-back pain. *Scand J Rheum* 1985; 14: 343-5.
8. Garvey TA, Marks MR, Wiesel SW. A prospective, randomized, double-blind evaluation of trigger-point injection therapy for low-back pain. *Spine* 1989; 14: 962-4.
9. Dechow E, Davies RK, Carr AJ, Thompson PW. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sclerosing injections in patients with chronic low back pain. *Rheumatology* 1999; 38: 1255-9.

Gedragstherapie in engere zin

1. Vlaeyen JWS, Kole Snijders AMJ, Eek H van. Chronische pijn en revalidatie. *Praktijkreeks Gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
2. Tulder MW van, Ostelo RWJG, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavioral treatment for chronic low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine* 2001; 26: 270-81.
3. Turner JA. Educational and behavioral interventions for back pain in primary care. *Spine* 1996; 21: 2851-9.
4. Williams AC, Pither CE, Richardson PH, Nicholas MK, Justins DM, Morley S, et al. The effects of cognitive-behavioral therapy in chronic pain. *Pain* 1996; 65: 282-4.

Multidisciplinaire behandelprogramma's

1. Tulder MW van. Chronische lage rugpijn: oefentherapie, multidisciplinaire programma's, etc. Ned Tijdschr Geneeskd 2000; 144: 1489-94.
2. Tulder MW van, Ostelo R, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavioural treatment for chronic low back pain. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
3. Häkkipää KA, Järvikoski, Mellin G, Hurri H. A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain. Part I. Pain, disability, compliance, and reported treatment benefits three months after treatment. Scan J Rehabil Med 1989; 21: 81-9.
4. Alaranta H, Rytökoski U, Rissanen A, Talo S, Rönnemaa T, Puukka P. Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. A controlled trial. Spine 1994; 19: 1339-49.
5. Mitchell RI, Carmen RM. The functional restoration approach to the treatment of chronic pain in patients with soft tissue and back injuries. Spine 1994; 19: 633-42.
6. Lindström I, Öhland C, Eek C, Wallin L, Peterson LE, Nachemson A. The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioningbehavioral approach. Phys Ther 1992; 72: 279-93.

Patiëntenverwachtingen

1. Walker J, Holloway I, Sofaer B. In the system: the lived experience of chronic backpain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. Pain 1999; 80: 621-8.

Hoofdstuk 5

Kosteneffectiviteit

Inleiding

Wanneer wordt gesproken over de kosteneffectiviteit van behandeling van lage rugklachten, wordt doorgaans gewezen op de hoge kosten die geassocieerd zijn met arbeidsverzuim.¹ Om deze kosten te kunnen besparen moet men weten welke interventie het arbeidsverzuim bij lage rugpijn het meest kosteneffectief kan terugdringen. Met deze vraag voor ogen is tweemaal onderzoek gestart. In eerste instantie werd een economisch model opgezet, dat kosten en effecten van de behandeling van specifieke lage rugpijn in Nederland kan beschrijven. Met een dergelijk model kan worden geschat hoeveel kosten en effecten de verschillende behandelingen teweegbrengen. Vervolgens is op systematische wijze gezocht naar gerandomiseerde studies die aanwijzingen zouden kunnen geven over de kosteneffectiviteit waarmee de verschillende interventies bij lage rugklachten het arbeidsverzuim terugbrengen.

Wetenschappelijke onderbouwing

De modelstudie

De werkgroep Kosteneffectiviteit heeft allereerst op basis van de literatuur en klinische expertise een groot aantal behandelscenario's beschreven en samengevat in een stroomdiagram. Een cruciaal probleem was het beschrijven van de uitkomsten van het model. Met name arbeidsverzuim bleek niet in voldoende detail beschreven te zijn. Daarom zijn tal van instanties benaderd waarvan de werkgroep het vermoeden had dat zij data zouden hebben waarmee het model verder onderbouwd kon worden. In het begin van het onderzoek werd door de werkgroep verondersteld dat er een aanzienlijke hoeveelheid data voorhanden was. In de praktijk bleek deze gegevens niet toereikend om de schatting van Van Tulder et al. uit 1995 substantieel te verbeteren. Dat betekent dat het uitwerken van het model zonder origineel onderzoek niet mogelijk is. Dergelijk onderzoek valt buiten het bestek van het opstellen van een richtlijn en daarom zijn de pogingen om het model verder uit te werken gestaakt.

Hoewel het model niet verder kon worden uitgewerkt, kan in het kader van 'evidence-based medicine' wel een belangrijke conclusie worden getrokken. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat de veelgehoorde veronderstelling dat interventies bij specifieke lage rugpijn 'zichzelf terugverdienen', niet onderbouwd kan worden met een dergelijk model. Bij afwezigheid van een dergelijke onderbouwing past terughoudendheid bij het toewijzen van middelen en verdient een goedkope behandeling de voorkeur boven een dure. De huidige richtlijn is ook met die

gedachte opgesteld: er is veel wetenschappelijk bewijs voorhanden dat acute lage rugklachten het best door de huisarts behandeld kunnen worden. Wanneer de klachten niet overgaan, kan eventueel worden besloten de behandeling gradueel intensiever, en dus duurder te maken.

De literatuurstudie

Tot maart 2000 is op systematische wijze gezocht naar gerandomiseerde studies die aanwijzingen zouden kunnen geven over de kosteneffectiviteit waarmee de verschillende interventies bij chronische lage rugklachten het arbeidsverzuim terugbrengen. Op basis van een beoordeling van de effectiviteit (dus niet de kosteneffectiviteit), werd al snel duidelijk dat bij acute klachten er eigenlijk geen redelijk alternatief voorhanden is, buiten een behandeling door de huisarts. Door het gebrek aan alternatieven heeft het weinig zin om een uitgebreid literatuuronderzoek te starten naar de kosteneffectiviteit van verschillende behandelingen van acute klachten. Bij de behandeling van chronische klachten bestaat die competitie tussen alternatieve behandelingen wel. De werkgroep veronderstelde dat de belangrijkste kostenverschillen zouden ontstaan door verschillen in de mate waarin de therapieën arbeidsverzuim tegengaan. Met andere woorden, de grootste 'cost driver' bij dit ziektebeeld is arbeidsverzuim. Daarom werd het literatuuronderzoek gericht op onderzoek waarin arbeidsverzuim was meegenomen als uitkomstmaat. Omdat de richtlijn bij voorkeur evidence-based moest zijn, is in deze literatuurstudie alleen onderzoek betrokken waarbij de interventie vergeleken werd met een controlegroep. Omdat kosteneffectiviteitsanalyse altijd betrekking moet hebben op de praktijk, moest deze controlegroep bestaan uit een reële concurrerende behandelingsoptie. Dat betekent dat al het onderzoek geëxcludeerd werd waarbij geen controlegroep betrokken was, of waarbij de controlegroep bestond uit placebo, wachtlijst of niets doen. Dat betekent dat de volgende inclusiecriteria gehanteerd werden:

1. Chronische aspecifieke lage rugklachten.
2. RCT.
3. Arbeidsverzuim als uitkomstmaat.
4. Controlegroep bestaand uit een reële alternatieve behandeling.

De weging van de methodologische kwaliteit van de geselecteerde studies is gedeeltelijk uit reviews overgenomen. Omdat de scores vaak op verschillende schalen waren weergegeven, zijn alle scores naar een schaal van 0 tot 100 geconverteerd. Voor de uiteindelijke analyse is de indeling van Van Tulder et al. gebruikt, die licht afwijkt van de indeling die geldt voor de klinische effectiviteit zoals die verder in deze richtlijn is gebruikt.² Bij de indeling van Van Tulder et al. worden vier niveaus van sterkte van het wetenschappelijk bewijs onderscheiden:

1. Sterk bewijs werd geleverd door consistente bevindingen in meerdere RCT's van goede kwaliteit.
2. Matig bewijs werd geleverd door consistente bevindingen in meerdere studies van minder goede kwaliteit.
3. Beperkt of tegenstrijdig bewijs werd geleverd door slechts één RCT of door inconsistente bevindingen in meerdere RCT's.
4. Geen bewijs werd geleverd indien er geen RCT's werden gevonden.

In totaal werden 22 studies gevonden. Geen enkele studie die het effect van NSAID's betrof, voldeed aan de inclusiecriteria. Bij slechts vijf studies was er sprake van een significant verschil ten aanzien van het arbeidsverzuim.

In tabel 1 zijn drie studies opgenomen die het effect van gedragstherapie hebben onderzocht. Uit de tabel blijkt dat er in geen van de studies een significant effect van gedragstherapie op arbeidsverzuim wordt aangetoond. De methodologische kwaliteit van de studies is evenwel niet hoog. Er is dus matig bewijs dat gedragstherapie een even groot effect heeft op arbeidsverzuim als de interventies waarmee gedragstherapie vergeleken is.

Tabel 1. Gedragstherapie voor chronische lage rugklachten

Studie	N	Interventie	Kwaliteit	Effect op ziekteverzuim
Altmeier et al., 1992 ³	45	Multidisciplinair programma versus multidisciplinair programma + psychologische componenten	40	Geen statistisch significante verschillen
Basler et al., 1997 ⁴	76	Medische behandelingsgroep + gedragstherapie versus medische behandelingsgroep	40	Geen statistisch significante verschillen
Turner et al., 1982 ⁵	46	Cognitieve gedragstherapie versus progressieve ontspanningstraining versus wachtlijst	30	Geen statistisch significante verschillen

Conclusie

Niveau 2	Er is matig bewijs dat gedragstherapie een even sterk effect heeft op arbeidsverzuim als de interventies waarmee het vergeleken is.
B	Altmaier, 1992 ³ ; Basler, 1997 ⁴ ; Turner, 1982 ⁵

Tabel 2 toont vijf geselecteerde studies waarin het effect van manipulatie van de wervelkolom onderzocht is. Twee van de vijf studies vinden een effect op arbeidsverzuim. De methodologische kwaliteit van deze studies komt echter niet hoger dan 46 punten op een schaal van 0 tot 100. De beste studie met 78 punten toont geen verschillen aan. Er is dus tegenstrijdig bewijs betreffende het effect van manipulatie van de wervelkolom op het arbeidsverzuim.

Tabel 2. Manipulatie van de wervelkolom

Studie	N	Interventie	Kwaliteit	Effect op ziekteverzuim
Arkuszewski, 1986 ⁶	100	Manuele therapie versus standaard-therapie; bedrust, medicatie en massage	30	Significant verschil ten gunste van manuele therapie: 60% is weer aan het werk versus 36% van de controlegroep
Bronfort et al., 1989 ⁷	19	Chiropractie versus medische behandeling; medicatie, bedrust, fysiotherapie	29	Geen statistisch significante verschillen
Bronfort et al., 1996 ⁸	174	Manipulatie van de wervelkolom en spierversterkende oefeningen versus manipulatie van de wervelkolom en stretchoefeningen. Daarnaast manipulatie van de wervelkolom en spierversterkende oefeningen versus spierversterkende oefeningen en NSAID	78	Geen statistisch significante verschillen
Coxhead et al., 1981 ⁹	292	Manipulatie versus oefeningen versus tractie versus korset	36	Geen statistisch significante verschillen
Meade et al., 1990 ¹⁰	741	Chiropractie versus ziekenhuis-behandeling: Maitland- mobilisatie en/of manipulatie	46	Significant verschil ten gunste van chiropractie: 21% van de chiropractie-groep versus 35% van de ziekenhuispatiënten hadden gedurende twee jaar ziekteverzuim

Conclusie

Niveau 2	Er is tegenstrijdig bewijs dat manipulatie van de wervelkolom een even sterk effect heeft op arbeidsverzuim als de interventies waarmee het vergeleken is. <i>B Bronfort, 1996⁷; Meade, 1990¹⁰</i>
----------	---

In tabel 3 worden vijf studies weergegeven waarin het effect van multidisciplinaire behandelprogramma's werd onderzocht. Er blijkt één studie met een lage methodologische kwaliteit te zijn waarbij een multidisciplinair behandelprogramma een significant effect heeft op arbeidsverzuim. De vier andere studies, waaronder drie studies van hoge methodologische kwaliteit, vonden geen significant effect op arbeidsverzuim. Er is sterk bewijs dat multidisciplinaire programma's een even groot effect hebben op arbeidsverzuim als de interventies waarmee ze vergeleken zijn.

Tabel 3. Multidisciplinaire behandelprogramma's

Studie	N	Interventie	Kwaliteit	Effect op ziekteverzuim
Alaranta et al., 1994 ¹¹	293	Intensief fysiek en psychosociaal trainingsprogramma versus inpatient-rehabilitatieprogramma	69	Geen statistisch significante verschillen
Altmeier et al., 1992 ²	45	Multidisciplinair programma versus multidisciplinair programma + psychologische componenten	40	Geen statistisch significante verschillen
Bendix et al., 1995, ¹² 1997 ¹³	106	Groep 1: intensief multidisciplinair programma versus groep 2: actieve fysieke training versus groep 3: psychosociale pijnmanagement en actief trainen	43	Significant verschil tussen groep 3 en groepen 1 en 2. Mediaan ziekteverzuim groep 3: 122 dagen versus mediaan 25 groep 1 en 13 groep 2. Na een jaar significante verschillen tussen de drie groepen ten gunste van programma 1
Härkäpää et al., 1989 ¹⁴	476	Inpatient-programma; 3 weken rehabilitatie + thuisoefenprogramma versus outpatient-programma; rugprogramma + thuisoefenprogramma versus een controlegroep	70	Geen statistisch significante verschillen
Mitchell et al., 1994 ¹⁵	542	Multidisciplinaire behandeling gedurende acht weken in een kliniek versus controlegroep: onder behandelings-toezicht bij de huisarts: fysiotherapie, manuele therapie medicatie, rugschool, acupunctuur	66	Geen statistisch significante verschillen

Conclusie

Niveau 1	Er is sterk bewijs dat multidisciplinaire programma's een even sterk effect hebben op arbeidsverzuim als de interventies waarmee ze vergeleken zijn. <i>A2 Alaranta, 1994¹¹; Härkäpää, 1989¹⁴; Mitchell, 1994¹⁵</i>
----------	---

In tabel 4 zijn de zeven studies weergegeven die betrekking hebben op oefentherapie. Twee van de studies hebben een significant effect gevonden op arbeidsverzuim. Een van die studies had een lage kwaliteit (44), de andere een redelijk hoge kwaliteit (67). Daarnaast zijn er vijf studies die geen significant effect vonden op arbeidsverzuim. Twee daarvan hebben een hoge methodologische kwaliteit (77 en 78 punten). Er is daarmee tegenstrijdig bewijs gevonden betreffende het effect van oefentherapie op arbeidsverzuim.

Tabel 4. Oefentherapie

Studie	N	Interventie	Kwaliteit	Effect op ziekteverzuim
Bentsen et al., 1997 ¹⁶	74	Dynamische rugoefeningen en een thuisprogramma versus een thuisprogramma	44	Na één jaar is er een significante afname van het aantal vrouwen met ziekteverzuim. Na drie jaar is dit verschil niet meer significant. Geen statistisch significante verschillen meer in het aantal dagen ziekteverzuim na één en na drie jaar
Bronfort et al., 1996 ⁸	174	Manipulatie van de wervelkolom en spierversterkende oefeningen versus manipulatie van de wervelkolom en stretchoefeningen. Daarnaast manipulatie van de wervelkolom en spierversterkende oefeningen versus spierversterkende oefeningen en NSAID	78	Geen statistisch significante verschillen
Coxhead et al., 1981 ⁹	292	Manipulatie versus oefeningen versus tractie versus korset	36	Geen statistisch significante verschillen
Hansen et al., 1993 ¹⁷	180	Intensieve dynamische oefeningen versus fysiotherapie; tractie, warmtepakkingen, massage, oefeningen versus controlegroep; warmtepakkingen en lichte tractie	56	Geen statistisch significante verschillen
Ljunggren et al., 1997 ¹⁸	153	Conventionele fysiotherapeutische oefeningen versus specifieke oefeningen met 'Terapimaster'	56	Geen statistisch significante verschillen
Moffett et al., 1999 ¹⁹	187	Oefenprogramma versus management door huisarts (usual care)	67	Significant ziekteverzuim 378 verzuimdagen interventiegroep versus 607 in de controlegroep
Torstensen et al., 1998 ²⁰	208	Oefentherapie versus conventionele fysiotherapie versus controlegroep; zelf oefenen door wandelen	77	Geen statistisch significante verschillen

Conclusie

Niveau 2	Er is tegenstrijdig bewijs dat oefentherapie een even sterk effect heeft op arbeidsverzuim als de interventies waarmee het vergeleken is. A2 Bronfort, 1996 ⁸ ; Moffett, 1999 ¹⁹ ; Torstensen, 1998 ²⁰
----------	--

Tabel 5 toont drie studies die het effect van rugscholen hebben onderzocht. Uit alledrie de studies blijkt dat rugscholen geen effect hebben op arbeidsverzuim. De methodologische kwaliteit van de studies is evenwel niet hoog; er is matig bewijs dat rugscholen een even sterk effect hebben op arbeidsverzuim als de interventies waarmee ze vergeleken zijn.

Tabel 5. Rugscholen

Studie	N	Interventie	Kwaliteit	Effect op ziekteverzuim
Berwick et al., 1989 ²¹	247	Rugschool versus rugschool met compliance-pakket versus pamflet	40	Geen statistisch significante verschillen
Härkäpää et al., 1989 ¹⁴	476	Inpatient-programma; drie weken rehabilitatie + thuisoefenprogramma versus outpatient-programma; rugprogramma + thuisoefenprogramma versus een controlegroep	70	Geen statistisch significante verschillen
Hürri et al., 1989 ²²	188	Zweedse rugschool versus controlegroep; informatie en de vrijheid om een eigen behandeling te kiezen	40	Geen statistisch significante verschillen

Conclusie

Niveau 2	Er is matig bewijs dat rugscholen een even sterk effect hebben op arbeidsverzuim als de interventies waarmee ze vergeleken zijn. A2 Härkäpää, 1989 ¹⁴
----------	---

Overige overwegingen

Uit het bovenstaande blijkt dat ondanks de sterke associatie tussen lage rugklachten en arbeidsverzuim, er geen overtuigend bewijs is dat verschillen in behandeling ook leiden tot verschillen in arbeidsverzuim. Van de 22 studies is er slechts één studie met voldoende methodologische kwaliteit die verwijst naar het bestaan van verschillen in arbeidsverzuim.¹⁹ Daarnaast zijn er zes studies met een hoge methodologische kwaliteit die aantonen dat er geen verschillen te verwachten zijn. In het huidige wetenschappelijke bewijs omtrent het terugdringen van arbeidsverzuim bij specifieke lage rugklachten zijn dus geen overtuigende aanwijzingen te vinden voor de ene dan wel voor de andere therapie. Dat geldt ook voor de in deze richtlijn aanbevolen multidisciplinaire aanpak (let wel: het gaat hier alleen over arbeidsverzuim als uitkomstmaat).

De bovenstaande conclusie wijkt af van de vooronderstelling waarmee dit onderzoek is gestart. Die vooronderstelling was dat interventies bij chronische lage rugklachten zouden leiden tot aanzienlijke verschillen in arbeidsverzuim. Wanneer het bewijsmateriaal afwijkt van deze vooronderstelling, zal men geneigd zijn het bewijsmateriaal extra kritisch te bekijken. De onderzoeken met een negatief resultaat zijn evenwel van voldoende kwaliteit. Wil men toch volharden in de veronderstelling dat differentiatie in therapie leidt tot verschillen in arbeidsverzuim, dan kan men zich beroepen op twee hypothesen.

De meest voor de hand liggende hypothese is dat de verschillen in verzuim subtiel zijn en dat daarom de power van de RCT vergroot moet worden door meer patiënten te includeren. De hypothese gaat er overigens van uit dat de verschillen in verzuim klein zijn. In dat geval kunnen alleen goedkope interventies kosteneffectief zijn.

Een tweede hypothese is de veronderstelling dat de onderzochte RCT's niet geschikt waren om verschillen in verzuim te vast te stellen, bijvoorbeeld omdat niet specifiek genoeg in een werkende populatie is gezocht. Dat zou pleiten voor een groots opgezet onderzoek bij instanties die gegevens beheren over arbeidsongeschiktheid en verzuim.

Totdat dergelijk fundamenteel vernieuwend onderzoek is uitgevoerd, ligt het voor de hand te kiezen voor de goedkoopste interventie.²³ Wanneer de goedkoopste interventie niet tot werkhervatting leidt, zou voor een meer intensievere en dus duurdere interventie gekozen kunnen worden. Op deze manier wordt in ieder geval vermeden dat dure therapieën worden ingezet wanneer goedkope alternatieven nog steeds voorhanden zijn.

Aanbeveling

Dure interventies zijn niet bewezen effectiever om het arbeidsverzuim terug te dringen dan goedkope interventies. Dure interventies moeten dan ook pas worden overwogen wanneer de goedkope alternatieven niet blijken aan te slaan.

Literatuur

1. Tulder MW van. A cost of illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 1995; 62: 233-40.
2. Tulder MW van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: Faculteit der Geneeskunde VU, EMGO Instituut, 1999.
3. Altmaier EM, Lehmann TR, Russel DW, Weinstein JN, Feng Kao C. The effectiveness of psychological interventions for the rehabilitation of low back pain: a randomized controlled trial evaluation. *Pain* 1992; 49: 329-35.
4. Basler HD, Jakle C, Kroner-Herwig B. Incorporation of cognitive-behavioural treatment into the medical care of chronic low back pain patients: a controlled randomized study in German pain treatment centers. *Patient Educ Couns* 1997; 31: 113-24.
5. Turner JA. Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive behavioural group therapy for chronic low back pain. *J Consult Clin Psychol* 1982; 50: 757-65.
6. Arkuszewski Z. The efficacy of manual treatment in low back pain: a clinical trial. *Manual Med* 1986; 2: 68-71.
7. Bronfort G. Chiropractic versus general medical treatment of low back pain: a small scale controlled clinical trial. *Am J Chiropract Med* 1989; 2: 145-50.
8. Bronfort G, Goldsmith CH, Nelson C, Boline PD, Anderson AV. Trunk exercise combined with spinal manipulative or NSAID therapy for chronic low back pain: a randomized observer-blinded clinical trial. *J Manipulative Physiol Ther* 1996; 19: 570-82.
9. Coxhead CE, Inskip H, Meade TW, North WR, Troup JD. Multicentre trial of physiotherapy in the management of sciatic symptoms. *Lancet* 1981; 1: 1065-8.
10. Meade TW, Dyer S, Browne W, Townsend J, Frank AO. Low back pain of mechanical origin: a randomized comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment. *Br Med J* 1990; 300: 1431-7.
11. Alaranta H, Rytökoski U, Rissanen A, Talo S, Rönnemaa T, Puukka P. Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. A controlled trial. *Spine* 1994; 19: 1339-49.
12. Bendix AF, Bendix T, Lund C, Kirkbak S, Ostfeld S. Comparison of three intensive programs for chronic low back pain: a prospective, randomised, observer-blinded study with one-year follow-up. *Scand J Rehabil Med* 1997; 29: 81-9.
13. Bendix AF, Bendix T, Ostfeld S, Bush E, Andersen. Active treatment programs for patients with chronic low back pain: a prospective, randomised, observer-blinded study. *Eur Spine J* 1995; 4: 148-52.
14. Härkäpää KA, Järviöskö, Mellin G, Hurri H. A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain. Part I. Pain, disability, compliance, and reported treatment benefits three months after treatment. *Scan J Rehabil Med* 1989; 21: 81-9.
15. Mitchell RI, Carmen G. The functional restoration approach to the treatment of chronic low back pain and back injuries. *Spine* 1994; 19: 633-42.
16. Bentsen H, Lindgarde J, Manthorpe R. The effect of dynamic strength back exercise and/or home training program in 57-year-old women with chronic low back pain. Results of a prospective randomised study with a 3-year follow-up period. *Spine* 1997; 22: 1494-1500.
17. Hansen FR, Bendix T, Skov P, Jensen CV, Kristensen JH, Krohn L, et al. Intensive, dynamic back muscle exercises, conventional physiotherapy or placebo-control treatment for low back pain. A randomised, observer-blind trial. *Spine* 1993; 18: 98-108.
18. Ljunggren AE, Weber H, Kogstad O, Thom E, Kirkesola G. Effect of exercise on sick leave due to low back pain. A randomised comparative, long term study. *Spine* 1997; 22: 1610-6.
19. Moffett JK, Torgerson D, Bell-Syer S, Jackson D, Llewlyn-Phillips, H, Farrin A, et al. Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs and preferences. *Br Med J* 1999; 319: 279-83.
20. Torstensen TA, Ljunggren AE, Meen HD, Odland E, Mowinckel P, Geijerstam S. Efficiency and costs of medical therapy, exercise therapy, conventional physiotherapy, and self-exercise in patients with chronic low back pain. A pragmatic, randomised, single-blinded, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine* 1998; 23: 2616-24.
21. Berwick DM, Budman S, Feldstein M. No clinical effects of back schools in an HMO. A randomised prospective trial. *Spine* 1989; 14: 338-44.
22. Hürri H. The Swedish back school in low back pain. Part I benefits. *Scan J Rehabil Med* 1989; 21: 33-40.
23. Mannion RI, Muntener M, Taimela S, Dvorak J. A randomised clinical trial of three active therapies for chronic low back pain. *Spine* 1999; 24: 2435-48.

Hoofdstuk 6

Implementatie

Inleiding

Implementatie betekent invoering van de aanbevelingen in deze richtlijn in het beroepsmatig handelen, in zorginstellingen en in de gezondheidszorg. In dit hoofdstuk worden knelpunten beschreven voor de implementatie van de richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten. Knelpunten zijn factoren die de navolging van aanbevelingen belemmeren. De factoren zijn genoemd in besprekingen van de werkgroep Aspecifieke Lage Rugklachten, in conceptteksten van de richtlijn en (soms) in onderzoeksliteratuur. Activiteiten ter bevordering van de implementatie van de richtlijn, zoals lokale werkafspraken en voorlichting aan patiënten, moeten trachten deze knelpunten weg te nemen.

Diagnostiek

Inhoudelijke factoren

- Het biopsychosociale model wordt breed ondersteund.
- De diagnostiek van psychosociale factoren roept discussie op, met name in de acute fase van de rugklachten. Sommigen zijn voorstander van vroegtijdige psychosociale diagnostiek (al in de eerste weken na ontstaan), anderen vinden dat er nog weinig wetenschappelijke onderbouwing hiervoor is.
- Als de rugklachten worden benoemd als ‘specifiek’, is deze richtlijn niet van toepassing. Hiervoor wordt verwezen naar een volgende, nog uit te brengen richtlijn.

Zorgverlenergebonden factoren

- Het perspectief op de diagnostiek verschilt. De ene zorgverlener wil vooral somatische problematiek uitsluiten; een ander denkt en handelt in termen van functioneren of stelt werkhervatting centraal.
- Onderzoek laat zien dat huisartsen lichamelijk onderzoek soms (deels) achterwege laten omdat zij dit irrelevant vinden, het al eerder is verricht of de patiënt in slechte conditie is.

Patiëntgebonden factoren

- Gesteld wordt dat patiënten moeite hebben met de term ‘aspecifiek’: dit roept onduidelijkheid en onzekerheid op.
- Gesteld wordt dat de patiënt soms (verwijzing voor) diagnostiek vraagt of krijgt ter geruststelling.

Organisatorische factoren

- Er wordt verschillend gedacht over wiens taak sommige vormen van diagnostiek zijn, bijvoorbeeld de psychosociale diagnostiek: huisarts of andere professional?

Therapie: acuut

Inhoudelijke factoren

- De afbakening van de acute fase roept discussie op: drie, vier, zes weken of nog anders.
- De interpretatie van de onderzoeksliteratuur wordt beïnvloed door de uitkomstmaat waar men de voorkeur aan gaf: pijn, functioneren of werkhervatting. Hierachter ligt een discussie over het (belangrijkste) doel van de behandeling.

Zorgverlenergebonden factoren

- Adviseren, geruststellen en stimuleren tot fysieke activiteit worden als lastig ervaren.
- De overstap van een pijngebonden benadering naar een tijdgebonden benadering wordt als een moeilijke opgave ervaren.

Patiëntgebonden factoren

- Gesteld wordt dat patiënten zich onzeker voelen als wordt geadviseerd meer te bewegen zonder dat daarbij adequate uitleg wordt gegeven.
- Uit onderzoek blijkt dat voor huisartsen ‘een eerdere gunstige ervaring van de patiënt’ een belangrijke reden is voor het geven van bepaalde medicatie of voor het verwijzen naar de fysiotherapeut.

Organisatorische factoren

- Gesteld wordt dat voorlichting en begeleiding, gericht op activering, een taak kan zijn voor de fysiotherapeut.

Therapie: chronisch

Inhoudelijke factoren

- De interpretatie van de onderzoeksliteratuur wordt beïnvloed door de uitkomstmaat waar men de voorkeur aan geeft: pijn, functioneren, werkhervatting. Hierachter ligt een discussie over het doel van de behandeling.
- De afbakening van de chronische fase roept discussie op: langer dan zes weken of nog anders.

Zorgverlenergebonden factoren

- Beroepsinhoudelijke overwegingen leiden tot een voorkeur voor een activerende aanpak, ook als de onderzoeksliteratuur deze (nog) niet ondersteunt.
- De overstap van een pijngebonden benadering naar een tijdgebonden benadering wordt als een moeilijke opgave ervaren.
- Gesteld wordt dat het gebruik van opiaten ethisch en politiek gevoelig ligt.
- Onderzoek suggereert dat veel zorgverleners pessimistisch zijn over de kans op genezing of verlichting van chronische lage rugklachten.

Patiëntgebonden factoren

- Gesteld wordt dat criteria voor verwijzen naar (para)medische professionals voor patiënten niet altijd duidelijk zijn.
- Patiënten ervaren soms dat verschillende zorgverleners tegenstrijdige informatie geven.
- Therapietrouw is een relevante factor. Bijvoorbeeld: lumbale orthesen hebben nadelen, zoals minder kunnen bewegen, warmte, drukplekken, enzovoort.
- Gesteld wordt dat patiënten op een operatie aandringen, terwijl bij specifieke lage rugklachten hiervoor geen indicatie bestaat.

Organisatorische factoren

- Onduidelijk is of het biopsychosociale model betekent dat altijd meerdere beroepsbeoefenaren zijn betrokken bij de behandeling, of dat de verschillende invalshoeken binnen één zorgverlener verenigd kunnen zijn.

Aanbevelingen

Op basis van het overzicht van knelpunten voor implementatie kunnen enkele aandachtspunten voor implementatie van deze richtlijn worden geformuleerd. Er is onvoldoende wetenschappelijke evidentie om te voorspellen welke implementatiestrategieën effectief zullen zijn om de gevonden knelpunten weg te nemen. Daarom worden in de aanbevelingen aandachtspunten genoemd rond knelpunten die vaak terugkwamen in de werkgroepbesprekingen.

Aanbevelingen

Implementatie van de aanbevelingen omtrent de plaats van psychosociale diagnostiek in het behandeltraject vereist dat lokale verschillen van inzicht hierover tussen zorgverleners worden overbrugd.

Implementatie van aanbevelingen vereist de medewerking van patiënten; dit geldt vooral bij de aanbevelingen om fysiek actief te blijven, meestal geen röntgenonderzoek te verrichten en niet te opereren. Voorlichting aan het publiek kan dit ondersteunen.

Implementatie van de aanbevelingen omtrent het biopsychosociale model vereist dat lokaal wordt afgesproken bij welke patiënten een multidisciplinair behandelteam wordt ingeschakeld.

Een vervolgrichtlijn over specifieke lage rugklachten wordt binnenkort geïnitieerd.

Bijlagen

Bijlage I

Lijst met gebruikte afkortingen

ADL	algemene dagelijkse levensverrichtingen
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation in Europe
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
ALIF	Anterior Lateral Interbody Fusing
CCT	controlled clinical trial
CS	corticosteroiden
CSAG	Clinical Standards Advisory Group
CT	computertomografie
CZS	centrale zenuwstelsel
DEXA	Dual Energy X-ray Absorption
EMG	elektromyogram
GP	general practitioner (huisarts)
HIV	humaan immunodeficiëntievirus
HQ	high quality
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
L	lumbaal
LQ	low quality
LRP	lage rugpijn
MPQ	McGill Pain Questionnaire
MRI	magnetic resonance imaging
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NMR	nucleaire magnetische resonantie
NOV	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
PLIF	Posterior Lateral Interbody Fusing
RCGP	Royal College of General Practitioners
RCT	randomised controlled trial
RF	radiofrequent
ROM	Range of Motion
S	sacraal
SLR	straight-leg raising
TENS	transcutaneous electrical nerve stimulation

TP	triggerpoint
UG	ultrageluid
UKG	ultrakorte golf
VAS	Visual Analogue Scale
WAO	Wet Arbeidsongeschiktheid
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

Bijlage 2

Tabellen met kenmerken van de gebruikte studies

Actief blijven bij acute lage rugklachten

Auteurs, jaartal	Aantal RCT's (nmbt acute lage rugpijn)	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten	Opmerkingen
Waddell et al., 1997	3 RCT's 2 HQ, 1 LQ	Acuut	Advies actief blijven	Bedrust (twee dagen)	HQ: beter op herstelsnelheid, pijn, beperkingen en werkverzuim LQ: minder werkverzuim en minder chronische beperkingen	Kenmerkend voor traditionele behandeling is laten leiden door pijn; rusten en gebruik analgetica op basis van pijn
Hagen et al., 2000	5 RCT's 4 HQ, 1 LQ	Acuut	Advies actief blijven	Traditionele behandeling	HQ: geen verschil op hersteltijd, werkverzuim, chronische beperkingen minder werkverzuim, vaker terug naar werk, minder chronische beperkingen, zorgconsumptie LQ: geen verschil op pijn, sneller oppakken activiteiten	
	RCT	Acuut	Onderzoek, uitleg prognose, geruststelling en individuele instructie oef. + hervatten activiteiten	GP; geen instructie of uitleg, geen behandeling	'Return to full-duty work' na 12 mnd 68,4% in experimentele groep tegen 56,4% in de controlegroep	

HQ-studie heeft >50% van alle punten (100)

Bedrust bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's (mgt acute lage rugpijn)	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten	Opmerkingen
Hagen et al., 2000 Cochrane Review	4 RCT's 2 HQ, 2 LQ	Acute LRP	Bedrust	Actief blijven	2 HQ: geen verschil in pijn en functionele status (1 HQ actief blijven beter), langer werkverzuim (korte en lange termijn) LQ: bedrust minder pijn (korte termijn <3 weken), geen verschil functionele status, korter werkverzuim (korte termijn), geen verschil lange termijn	Meta-analyse: geen verschil op pijn, actief blijven beter voor functionele status, actief blijven beter voor werkverzuim
	2 RCT's 2 HQ	Acute LRP	Kort bedrust (twee dagen)	Lang bedrust (zeven dagen)	Geen verschil op pijn en functionele status. Kort bedrust gaat samen met een korter werkverzuim	
	4 RCT's 2 HQ, 2 LQ	Acute LRP	Bedrust	Andere behandelingen	3 HQ + 1 LQ: geen verschil op pijn of beperkingen in ADL, functionele status, werkverzuim LQ: bedrust langere hersteltijd	Bijvoorbeeld oefeningen, manipulatie, analgetica, fysiotherapie, rugschool of placebo, epidurale anesthesie

HQ-studies voldoen aan alle vier validiteitscriteria

Oefentherapie bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten	Controlebehandelingen
Tuider et al., 2000 Cochrane Review	8 RCT's (2 HQ en 6 LQ)	Acuut	Oefentherapie	Actieve conservatieve behandelingen	2 HQ en 5 LQ: geen verschil op pijn, algehele verbetering en functionele status 1 LQ: oefentherapie effectiever op pijn en werkhervatting	Manuele therapie, usual care, rugschool en NSAID's
	4 RCT's (3 HQ en 1 LQ)	Acuut	Oefentherapie	Inactieve behandelingen	3 HQ en 1 LQ: geen verschil op pijn, algehele verbetering en functionele status	Instructieboekje, placebo-UG/UKG, bedrust
	3 RCT's (1 HQ en 2 LQ)	Acuut	Extensie	Flexieoefeningen	1 HQ: extensie minder pijn 1 LQ: extensie beter in functionele status 1 LQ: geen verschil in algehele verbetering	
	5 RCT's (2 HQ, 3 LQ)	Acuut	Extensieoefeningen	Actieve en inactieve behandeling	2 HQ en 1 LQ: geen verschil op pijn, algehele verbetering, functionele status 1 LQ: extensie: minder pijn, betere mobiliteit en minder werkverzuim	Manuele therapie, instructieboekje, advies 'actief blijven', flexieoefeningen, mini-rugschool, algemene adviezen, usual care
	4 RCT's (4 LQ)	Acuut	Flexie	Actieve en inactieve behandeling	4 LQ: geen verschil in algehele verbetering, pijn, mobiliteit, dagelijkse activiteiten 2 LQ: manipulatie beter dan flexieoefeningen: symptoomvrij, mobiliteit	Extensieoefeningen, UKG, passieve manipulatie/mobilisatie, bedrust

HQ: studie van methodologisch hoge kwaliteit; LQ: studie van methodologisch lage kwaliteit (HQ-studies voldoen aan ten minste vijf van de negen validiteitscriteria)

Rugschooling bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten	Opmerkingen
Van Tulder et al., 2000 Cochrane Review	1 RCT (HQ)	Acuut	Rugschool	McKenzie-extensieoefeningen	Oefeningen betere resultaten dan rugschool op pijn, werkverzuim, mobiliteit wervelkolom	Interventie betrof 1 sessie
	1 RCT (LQ)	(Sub)acuut occupational setting	Rugschool	Traditionele fysiotherapie of placebo	Geen verschil tussen rugschool en fysiotherapie op hersteltijd, werkverzuim, pijn en recidieven; minder ziekteverzuim in vergelijking met placebo	Traditionele fysiotherapie: combinatie manuele therapie, Cyriax, Kaltenborn, Lewitt en Janda placebo: placebo-UKG

HQ-studies voldoen aan ten minste zes van de tien validiteitscriteria

Manipulatie bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten	Opmerkingen
Assendelft et al., 1995	51	Lage rug, geen onderscheid acuut/chronisch manipulatie	Review van reviews		34 positief, 17 neutraal 9 van top 10 positief	
Koes et al., 1996	12	Acuut	Manipulaties, soms met andere modaliteiten	Fysiotherapie interventies (swd, massage, oefeneri) of analgetica	5+, 4+, 3+ in subgroepen in subgroepen	Niet overtuigend bewijs mogelijk effectief
Van Tulder et al., 1997	16	Acuut totaal	Manipulaties, soms met andere modaliteiten	Ander conservatieve behandeling	12+, 4-	
	14	Acuut		Ander conservatieve behandeling	10+, 4-	Geen bewijs effectiever dan fysiotherapie of medicijn (tegenstrijdige uitslagen)
	4	Acuut		Placebo	3+, 1	Beperkt bewijs effectiever dan placebo
Brønfort, 1999	14	Acuut	Manipulaties, soms met andere modaliteiten	Ander conservatieve behandeling, placebo		Matig bewijs effectief op korte termijn

Tractie bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten	Opmerkingen
Van der Heijden et al., 1995	7	Acuut of combinatie	Verschillende vormen tractie	Placebo, andere conservatieve behandelingen	6 negatief, 1 (autotactie versus korset) positief	Geen duidelijke conclusie mogelijk vanwege slechte en/of kleine studies Ook geen conclusie tov welke vorm tractie
Van Tulder et al., 1996	2	Acuut	Autotactie Continue tractie	Korset Continue lichte tractie	Positief tot drie weken, niet bij drie maanden Negatief, wel positief bij cross-over-groep, kleine groep	Beperkt bewijs tractie effectief Lage kwaliteit studies, tweede was tevens kleine groep
Van Tulder et al., 1999	2	Acuut	Autotactie Continue tractie	Korset Continue lichte tractie	Meer algehele verbetering Geen verschil	Beperkt bewijs tractie niet effectief bij acute LRP
	11	Combinatie acuut en chronisch	Verschillende vormen tractie	Placebo, andere conservatieve behandelingen	Geen verschil	

Massage bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Mate van Bewijs	Interventie	Controle	N	Effectmaat	Resultaten
Ernst, 1999 Furlan et al., 2000	A1	Geen behandeling TENS Manipulatie	Massage		Algehele verbetering Pijnintensiteit Functionele status Mobiliteit	Te weinig studies voor een betrouwbare effectiviteits- beoordeling
Hoehler et al., 1981	B (score 26)	Manipulatie	Massage	95	ADL-activiteiten Pijnintensiteit	Verbetering in beide groepen; geen significant verschil tussen groepen
Konrad et al., 1992	B	Onderwaterstraalmassage	Subaque tractie	158	Pijn-VAS Medicatiegebruik SLR Mobiliteit fl/ext/lat	Verbetering in beide groepen; geen significant verschil tussen groepen
Hsieh et al., 1992	A2	Manipulatie	Oppervlakkige massage	63	VAS-pijn Borg-Scale Schobert-test Kraacht extensoren Roland Disab. Quest.	Manipulaties significant beter dan massage
Godfrey et al., 1984	B	Manipulatie	Minimale massage	81	ADL-activiteiten Palpatiepijn Mobiliteit wervelkolom	Verbetering in beide groepen; geen significant verschil tussen groepen

NSAID's bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten
Van Tulder et al., 2000 Cochrane Review	9 RCT's	Acuut	NSAID's	Placebo algehele verbetering OR na 1 week = 2,0	NSAID's: groter aantal patiënten met
	3 RCT's	Acuut	NSAID's	Analgetica pijnafname met NSAID	2 studies geen verschil, 1 studie sterkere
	6 RCT's	Acuut	NSAID's	Anxiolytica of opiaten effectiever	5 studies geen verschil, 1 studie NSAID
	3 RCT's	Acuut	NSAID's	Niet medicamenteus 2 studies geen verschillen met fysiotherapie of manipulatie	1 studie NSAID effectiever dan bedrust,
	15 RCT's	Acuut	NSAID's	NSAID's	Geen verschil in effectiviteit
	3 RCT's	Acuut	NSAID's	NSAID's + anxiolytica	Geen verschil in effectiviteit
	2 RCT's	Acuut	NSAID's	NSAID's + Vitamine B	1 studie positief, 1 studie geen verschil

Analgetica/paracetamol bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten
Van Tulder et al., 2000 Clinical evidence	3 RCT's	Acuut	Analgetica	NSAID's	2 studies even effectief tav pijnreductie; 1 studie NSAID effectiever
	1 RCT	Acuut	Analgetica	Elektro-acupunctuur	Meer pijnreductie met elektro-acupunctuur na zes weken
	1 RCT	Acuut	Analgetica	Ultrageluid	Hoger % pijnvrije mensen na vier weken met ultrageluid

Anxiolytica/benzodiazepinen bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten
Van Tulder et al., 2000 Clinical evidence	9 RCT's	Acuut	Anxiolyticum: tizanidine, cyclobenzaprine, dantroleen, carisoprodol, baclofen, orfenadrine, diazepam	placebo	7 studies: anxiolytica grotere pijnafname in pijnintensiteit en spierspanning en grotere toename in mobiliteit na 1-2 weken. 2 studies geen verschil
	3 RCT's	Acuut	Anxiolyticum	Spierverslapper	2 studies meer algehele verbetering carisoprodol vergeleken met diazepam maar niet met cyclobenzaprine. Geen verschil in pijnintensiteit. 1 studie geen verschil

Epidurale corticoidinjecties bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten	Commentaar
Van Tulder et al., 2000 (review)	2 RCT's	Acute rugpijn en sciatica	Epidurale injecties	Subcutane lignocaïne-injecties	Geen verschil na 1 maand; na 3 maanden meer patiënten pijnvrij in epidurale groep	Kleine studie (n= 57) LQ
		Acute sciatica	Epidurale injecties	Epiduraal fysiologisch zout; epiduraal bupivacaïne: 'dry needling'	Geen verschil in aantal verbeterde of herstelde patiënten	Kleine studie (n=63) LQ

Gedragstherapie bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten
Turner, 1996	2 RCT's	Acuut	Gedragmatige interventies: tijdcontingent	Symptoom-contingent	Geen verschil op pijn of op algemene index (werkstatus, zorggebruik, beperkingen, pijn, activiteitsniveau) (trend dat mensen met gedrags-interventie minder vaak pijn hadden; trend dat traditionele interventie-mensen meer 'sick' zijn 9-12 mnd later)

Er is geen onderscheid gemaakt tussen HQ- en LQ-studies

Multidisciplinaire programma's bij acute lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten	Opmerkingen
Karjalainen et al., 2000 Cochrane Review	2 RCT (2 LQ)	Subacuut	Multimodale interventie	Traditionele behandeling: (bedrust, analgetica en fysiotherapie) of usual care	Positieve effecten op terugkeer naar werk, werkverzuim en subjectieve beperkingen	De effecten van 1 RCT waren het best als een bezoek aan de werkomgeving onderdeel was van de interventie

Vijf HQ-studies voldoen aan minimaal vijf van de tien criteria

Oefentherapie bij chronische lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Mate van bewijs	Interventie	Controle	N	Effectmaat	Resultaten
Van Tulder et al., 1999	A1	Flexie	Extensie	153	Pijnintensiteit Alg. herstel	Tegenstrijdige resultaten en daarom geen conclusie mogelijk ten aanzien van het type oefeningen
	A1	Oefening	Conventionele fysiotherapie	502	Pijnintensiteit Functionele status Alg. verbetering Ziekteverzuim	Oefentherapie geeft een beter resultaat op alle effectmaten
	A1	Oefening	Usual care (huisarts)	341	Pijnintensiteit Functionele status Alg. verbetering Ziekteverzuim	Oefentherapie laat betere resultaten zien op pijnintensiteit, functionele status en ziekteverzuim
Hilde et al., 1998	A1	Oefening	Andere type en dosering	870	Pijnintensiteit Functionele status Medicatiegebruik Alg. verbetering	Op basis van ingesloten studies was het niet mogelijk een conclusie te trekken ten aanzien van type en dosering
Maher et al., 1999	A1	Oefening	And. oef. (17 RCT's) Geen beh. (5 RCT's) Placebo (1 RCT) Rugschool (1 RCT) Hot pack, UG en TENS (1 RCT) Manipulatie (1 RCT) Pas. fysioth. (1 RCT) Buikmusc., hot pack, massage (1 RCT)	23	Return to work	Algemene conclusie luidt dat oefentherapie betere resultaten laat zien dan referentiegroepen met betrekking tot terugkeer naar werk
Soukup et al., 1999	A2	Oefentherapie Mensendieck (20 sessies)	Mondelinge en schriftelijke uitleg Mensendieck, GEEN sessies	77	Recidiefrequentie Ziekteverzuim Pijnintensiteit Functionele status	Mensendieck laat betere resultaten zien bij het voorkomen van een nieuwe episode van lage rugklachten
Klaber et al., 1999	A2	Oefentherapie	Usual care (huisarts)	187	Pijnintensiteit Functionele status Zorgconsumptie	Oefentherapie laat een beter resultaat zien dan usual care door de huisarts op alle effectmaten
Sjorgen et al., 1997	B	Hydrotherapie	Oefentherapie	60	Functionele status Pijn Mobiliteit	Er zijn geen relevante verschillen tussen beide interventies
McIvreen et al., 1998	B	Hydrotherapie	WachtlIJst	109	Functionele status Pijn Mobiliteit	Hydrotherapie laat een beter resultaat zien op functionele status

Rugscholing bij chronische lage rugklachten

Auteurs, jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten	Opmerkingen
Van Tulder et al., 2000 Cochrane Review	5 RCT's (HQ)	Chronisch	Rugschool	Oefentherapie Manipulatie NSAID Fysiotherapie	Rugscholen effectiever tot zes maanden in pijnreductie en verbetering functioneren	Traditionele fysiotherapie: combinatie manuele therapie, Cyriax, Kaltenborn, Lewitt en Janda
Van Tulder et al., 1999	6 RCT's (HQ)	Chronisch	Rugschool	Geen behandeling WachtlIJstcontroles Placebo-UKG	Tegenstrijdige effecten in pijn, functioneren en ziekteverzuim	
Effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain	5 RCT's (HQ)	Chronisch	Rugschool in bedrijfssetting	Geen behandeling	Rugschool effectiever dan geen behandeling	

HQ-studies voldoen aan ten minste zes van de tien validiteitscriteria

Manipulatie bij chronische lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Aantal RCT's	Patiënten	Interventie	Controle	Resultaten	Commentaar
Assendelft et al., 1995	51	Lage rug, geen onderscheid acuut/chronisch	Review van reviews manipulatie		34 positief, 17 neutraal 9 van top 10 positief	
Koes et al., 1996	8	Chronisch (>6 weken)	Manipulaties, soms met andere modaliteiten	Fysiotherapie interventies (swd, massage, oefenen), rugschool, huisarts, analgetica	5+, 2- (subacuut), 1 geen conclusie	Meer bewijs dan acuut Niet overtuigend bewijs mogelijk effectief in subgroepen
Van Tulder et al., 1997	9	Chronisch totaal	Manipulaties, soms met andere modaliteiten		6+, 2-, 1 geen conclusie	Sterk bewijs, vooral kortetermijneffecten
	5	Chronisch		Placebo	3+, 2-	Sterk bewijs effectiever dan placebo
	8	Chronisch		Andere conservatieve behandeling	5+, 3-	Matig bewijs effectiever
Brønfort, 1999	14	Chronisch	Manipulaties, soms met andere modaliteiten			Matig bewijs effectief vergeleken met placebo en gebruikelijke behandelingen

Tractie bij chronische lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Mate van bewijs	Interventie	Controle	N	Effectmaat	Resultaten
Van der Heijden et al., 1995	A1	Continue Tractie	Placebo Autotractie	307	Alg. verbetering Arts oordeel	Kwaliteit van RCT's te zwak om valide conclusies te trekken
Van Tulder et al., 1999	A1	Tractie	Placebo	176	Alg. verbetering Pijn, funct. status	Op geen van de effectmaten laat tractie een beter resultaat zien

TENS bij chronische lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Mate van bewijs	Interventie	Controle	N	Effectmaat	Resultaten
Van Tulder et al., 1999	A1	TENS	Placebo	253	Alg. verbetering Pijnintensiteit Funct. status Mobiliteit	Er zijn tegenstrijdige resultaten ten aanzien van TENS

EMG-biofeedback bij chronische lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Mate van bewijs	Interventie	Controle	N	Effectmaat	Resultaten
Van Tulder et al., 1999	A1	Biofeedback Biofeedback + revalidatie	Placebo Wachtlijst Revalidatie	168	Pijnintensiteit Funct. status Mobiliteit	Er is matig bewijs voor het feit dat EMG-biofeedback niet effectief is op de genoemde effectmaten

Fysische modaliteiten bij chronische lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Mate van bewijs	Interventie	Controle	N	Effectmaat	Resultaten
Van Tulder et al., 1999	—	—	—	—	—	Er zijn geen RCT's geïdentificeerd voor UKG, warmte en ijs
Van der Windt et al., 1999	?	Geen nadere specificatie	—	??	??	Op basis van 1 RCT is er zeer weinig bewijs voor het feit dat UG effectief zou zijn bij klachten aan bewegingsapparaat in het algemeen
Van der Heijden et al., 1999	A1	Elektro	Placebo Elektro Actieve ther.	>943	Alg. herstel Pijnintensiteit Mobiliteit Funct. status	Er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van elektrotherapie
De Bie et al., 1998	A1	Laser 904	Placebo Andere dosis	145	Mobiliteit Pijnintensiteit Funct. status Cybex-metingen	Laser laat geen betere resultaten zien dan de controle-interventies

Massage bij chronische lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Mate van bewijs	Interventie	Controle	N	Effectmaat	Resultaten
Ernst, 1999 Furlan et al., 2000	A1	Geen behand. TENS Manipulatie	Massage		Alg. verbetering Pijnintensiteit Funct. status Mobiliteit	Massage is slechts als controle-interventie gebruikt en daarom is het moeilijk om conclusies te trekken op basis van deze studies
Hoehler et al., 1981	B	Manipulatie	Massage	95	ADL-activiteiten Pijnintensiteit	Geen splitsing tussen patiënten met acute en chronische klachten, daarom niet mogelijk om geen conclusies voor chronisch apart te trekken
Konrad et al., 1992	B	Onderwater- straalmassage	Subaque tractie	158	Pijn-VAS Medicatiegebruik SLR Mobiliteit fl/ext/lat	Onderwatermassage geeft geen betere resultaten dan controle-interventie
Hsieh et al., 1992	A2	Manipulatie	Oppervlakk. massage	63	VAS-pijn Borg-Scale Schobert-test Kracht extensoren Roland Disab. Quest.	De toegepaste vorm van massage (als controle-interventie gebruikt in deze studie) kan niet als een vorm van massagetherapie worden gekenmerkt

Lumbale orthese bij chronische lage rugklachten

Auteur(s), jaartal	Mate van bewijs	Duur klachten	Interventie	Controle	N	Effectmaat	Resultaten
Penrose et al., 1991	B	Niet vermeld	Pneumatic lumbar support	Geen interventie	30	Pijnindex	Minder pijn na 1 uur, 3 weken en 6 weken
Coxhead et al., 1981	B	Gemiddeld 14,3 weken	Fabric made 'lumbar support'	Geen interventie (n=168)	334	Pijn, werkhervatting, algemene toestand, normale activiteiten	Geen verschil na 4 weken, 4 maanden en 16 maanden
Doran et al., 1975	B	1 week tot meer dan 6 maanden	'Any type of corset'	Manipulatie (n=116), fysiotherapie (n=114), analgetica (n=113)	456	Algemene toestand, pijnindex	Geen verschil na 3 en 6 weken en 3 en 6 maanden
Hsieh et al., 1992	A2	3 weken tot 6 maanden	Linnen korset met rugversteving	Spinale manipulatie (n=70), massage (n=37), TMS (n=28)	164	Pijn, functionele status	Geen verschil in pijn, betere functionele status in vergelijking met massage, maar geen verschil met spinale manipulatie en TMS
Valle-Jones et al., 1992	B	Mediaan 11 dagen	Elastisch korset	Standaardtherapie	216	Pijn, bewegingsbeperkingen, arbeidsgeschiktheid, analgetica gebruik, algemene toestand	Alle parameters verbeterden significant
Million et al., 1981	A2	≥6 maanden	Korset met rigide lumbale steun (n=9)	Korset met rigide lumbale steun (n=10)	19	Subjectieve en objectieve index (symptomen, SLR en mobiliteit w.k.)	Korset met rigide steun: betere subjectieve index na 4 en 8 weken

Medicatie bij chronische lage rugklachten

Auteur(s)	Jaartal	Mate van bewijs	Interventie	Controle	N	Duur	Resultaat in weken
Berry et al., 1982		B	Naproxen diflunisal	Placebo	37	2	Naproxen beter dan placebo wat betreft pijn Diflunisal = placebo
Hickey et al., 1982		A2	Diflunisal	Paracetamol	30	4	Diflunisal beter dan paracetamol wat betreft pijn
Matsumo et al., 1991		B	Ketoprofen	Diclofenac	155	2	Geen verschil
Siegmeth et al., 1978		A2	Ibuprofen	Diclofenac	30	4	Geen verschil
Videman et al., 1984		B	Piroxicam	Indometacine	28	6	Geen verschil
Schnitzer et al., 2000		B (geselecteerde populatie)	Tramadol	Placebo	254	2	Tramadol beter dan placebo wat betreft pijn en functie (bij patiënten bij wie eerder tramadol effectief was en goed verdragen werd)
Arbus et al., 1990		A2	Tetrazepam	Placebo	50	1,5	Terazepam beter dan placebo wat betreft pijn

Lokale injecties bij chronische lage rugpijn

Auteur(s), jaartal	Mate van bewijs	Meth.score vlg Nolemans	Patiënten	Interventie	Controle	N	Effectmaat	Max. follow-up	Resultaten	Opmerkingen
Ongley, 1987	B	67,4	LRP >1 jr	Dag 1 60 cc lido in vele loc. krachtige manipulatie Csin aanh M Glut M dag 2-week 6 (wekelijks) dextrose, glycerine, fenol, lido	Dag 1 <10 cc lido in vele loc niet krachtige manipulatie lido in aanh M. Glut M Dag 2-week 6 (wekelijks) zout + lido in vele locaties	42/40	VAS Pijndiagram Roland Disab Q + 9 vragen uit Wadell's Disab index	6 mnd	A>P	Niet zuiver naar injecties sec gekeken (meerder behandelingen tegelijk)
Dechow, 1999	B	-	Mech. LRP > 6 mnd	3 wekelijkse injecties met dextrose, glycerine, fenol, lido in dezelfde locaties als bij Ongley	3 wekelijkse injecties met zout +lido in dezelfde locaties als bij Ongley	38/36	VAS Meerdere pijn- en functionerings- schalen	6 mnd	NS	Geen bijkomende behandelingen (vgl Ongley)
Hameroff, rug 1981	C	24,4	Myofasc. pijn in rug en nek eerder goed reagerend op TP- injecties	Cross-over-studies met eenmalige injecties met buvicaïne, etidocaïne of zout in 10-18 TP		15	VAS-pijnscores	1 week	B en E>Z	Vele TP in nek en
Carvey, 1989	B	34,8	Low back strain >4 wkn in staat 1 punt van maximale pijn te lokaliseren	1 injectie met lido, lido + CS, 'dry needling' of lokale druk		13/14/20/16	Pijnscore % respons	2 weken	NS	1 punt van maximale pijn (is TP?)
Bourne, 1984	B	-	Chronic LBP	CS + lido	Lido in 1 of meerdere pijnpunten	34/23	Excellent Good Failure	2 weken	A>P	Studieopzet slecht beschreven
Sonne, 1985	B	28,2	Aspec LRP >1 mnd	Max. 3 injecties thv IL- ligament met lido + CS	Max. 3 injecties thv IL- ligament met zout	15/14	VAS	2 weken	A>P	Niet gekeken of ter plekke van injectie extra pijn was
Collée, 1991	B	47,4	Aspec LRP met CIPS	1 injectie thv med. Cristarand met lido	1 injectie thv med. Cristarand met zout	21/20	VAS % response	2 weken	A>P	Bij subanalyse: chron > acuut

Multidisciplinaire behandelprogramma's

Auteur(s), jaartal	Mate van bewijs	Interventie	Controle	N	Effectmaat	Resultaten
Van Tulder et al., 2000	A1	Multidisciplinaire behandeling	Nvt	1691	Ziekteverzuim, pijn, functionele status	MB zinvol bij langdurige chronische LRP
Härkäpää, 1989	A2	Warmte, massage, vnl Zweedse rugschool; inpatient- (I) en outpatient-groep (O)	Schriftelijke informatie	459	Pijn Disability Compliance- oefeningen	I + O beter dan controle; I meer pijnvermindering en oefenen dan O
Alarante, 1994	A2	Fysieke en psychosociale training	Gebruikelijke rehabilitatie (Fins model)	293	Pijn en disability (1) Kracht en mobiliteit (2) Psychologische tests (3) Ziekteverzuim, uitkering (4)	1+2 effect, 3+4 geen effect
Mitchel en Carmen, 1994	A2	Fysieke training, individuele gedrags- matige ondersteuning	Usual care	542	Werkhervatting (1) Kosten tbv compensatie (2) Uitkering (3) Kosten gezond- heidszorg (4)	1+2 geen effect, 3 negatief effect, 4 positief effect
Lindstrøm, 1992	A2	Zweedse rugschool, individuele Graded Activity- methode	'Traditional care'	103	Werkhervatting	Positief effect, ook na 2 jaar

Bijlage 3

Ontstaanswijze en gebruik van communicatiehulpmiddelen; 2- en 3-gesprek

Inleiding

Communicatie wordt gezien als het hart van de consultvoering. Een open patiëntgerichte consultvoering kan miscommunicatie tussen zorgvrager (patiënt) en zorgaanbieder voorkomen. Miscommunicatie kan leiden tot het zogenoemde deurknopfenomeen.

Informatie-uitwisseling speelt een belangrijke rol in patiëntgerichte consultvoering. In tal van onderzoeken is aangetoond dat goed geïnformeerde patiënten tevredener zijn over de geboden zorg en beter in staat zijn keuzen te maken. Patiënten zijn meer betrokken bij hun genezing en hebben minder hooggespannen verwachtingen. Dit heeft een positieve invloed op de therapietrouw, de kwaliteit van leven en zelfs op de ligduur. Aangetoond is tevens dat informatie die zowel mondeling als schriftelijk wordt aangeboden, beter beklijft.

De angst bestaat echter dat deze wijze van consultvoering meer tijd kost. De praktijk wijst uit dat een patiëntgericht consult in eerste instantie meer tijd zal vergen, maar het levert uiteindelijk winst op. De patiënt zal niet alsnog het consult bij de deur verlengen en de patiënt zal als alle, ook voor hem, belangrijke punten zijn besproken, minder vaak terugkomen.

Om bovenstaande redenen heeft de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) communicatiehulpmiddelen volgens de methode 2- en 3-gesprek ontwikkeld. Zorgaanbieders, patiënten en (soms) verzekeraars stellen volgens deze methode, met ondersteuning van de NPCF, communicatiehulpmiddelen samen. Zo is voor een tiental ziektebeelden en aandoeningen een drieluik van communicatiehulpmiddelen ontwikkeld:

1. Communicatierichtlijn voor zorgaanbieders.
2. Aandachtspuntenlijst voor patiënten.
3. Voorlichtingsbrochure voor patiënten.

Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de communicatiehulpmiddelen is de koppeling van ervaringsdeskundigheid van patiënten en professionele deskundigheid van de betrokken beroepsgroepen met betrekking tot de behandeling en voorlichting rondom een bepaald ziektebeeld of een bepaalde aandoening. Informatieverstrekking en informatieverzameling wordt gezien als een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van zowel de zorgvrager als de zorgaanbieder.

Deze notitie geeft informatie over het gebruik en de toepassing van de volgens de methodiek 2- en 3-gesprek ontwikkelde communicatiehulpmiddelen.

Communicatierichtlijn voor zorgaanbieders

De communicatierichtlijn is een hulpmiddel om de gesprekken met patiënten te structureren en te documenteren. De richtlijn is opgesteld in overleg met vertegenwoordigers van betrokken beroepsgroepen en vertegenwoordigers van betrokken patiëntenverenigingen en is uiteindelijk door de besturen van beide patiëntenverenigingen goedgekeurd. Bij de ontwikkeling heeft, indien aanwezig, het behandelprotocol als basis voor de communicatierichtlijn gediend. Het gebruik van de communicatierichtlijn geeft de mogelijkheid om in een consult zowel punten te bespreken die vanuit professionele zijde zijn aangegeven, als punten waarvan de patiënt aangeeft deze belangrijk te vinden.

Het werken met de communicatierichtlijn biedt een aantal voordelen:

- Door volgens een bepaald vast stramien informatie te geven blijft meer tijd over voor ‘zorgvragerspecifieke’ communicatie;
- Krachtens de WGBO moet uit het dossier blijken dat de patiënt is geïnformeerd. De communicatierichtlijn biedt de mogelijkheid eenvoudig aan te kruisen wat is besproken. Dit scheelt tijd doordat de zorgaanbieder niet hoeft uit te schrijven welke informatie gegeven is.
- Door het gebruik van de communicatierichtlijn wordt voldaan aan de ‘informed consent’.
- De communicatierichtlijn kan dienen als vakinhoudelijk geheugensteuntje met betrekking tot het te doorlopen zorgtraject en kan tevens dienen als checklist om te controleren of alle relevante punten aan de orde zijn geweest.

De communicatierichtlijn maakt deel uit van het medisch dossier en krijgt de opmaak van de zorginstelling. Logistiek gezien zal de communicatierichtlijn voor het eerste gesprek op de polikliniek worden opgenomen in de medische status. Het wordt in gebruik genomen op het moment dat de diagnose gesteld is of als er in die zin een sterk vermoeden bestaat.

Aandachtspuntenlijst en voorlichtingsbrochure voor patiënten

Voor patiënten is een aandachtspuntenlijst en een voorlichtingsbrochure ontwikkeld.

De aandachtspuntenlijst is een instrument ter voorbereiding op de gesprekken met de zorgaanbieder. Patiënten kunnen zich voorbereiden door na te gaan welke punten aan de orde komen in het gesprek en door aan te kruisen welke informatie zij belangrijk vinden om te krijgen. Daarnaast is er aandacht voor de informatie die de patiënt aan de arts kan verstrekken. Ook biedt de aandachtspuntenlijst ruimte om vooraf vragen te noteren met betrekking tot de eigen specifieke situatie. De opbouw van de aandachtspuntenlijst is vergelijkbaar met die van de communicatierichtlijn. Zo ontstaan er bij de patiënt geen irreële verwachtingen ten aanzien van datgene wat besproken wordt in het gesprek met de arts.

De aandachtspuntenlijst is veelal opgenomen in de brochure. In de brochure wordt de mondelinge verstrekte informatie herhaald. Bewezen is namelijk dat maar een klein gedeelte van de mondelinge informatie bekijft en dat door herhaling in de vorm van schriftelijke informatie de patiënt beter wordt geïnformeerd.

Praktisch werken met de communicatiehulpmiddelen

De communicatierichtlijn geeft de punten weer die in gesprekken over een bepaalde ziekte of aandoening tussen zorgaanbieders en patiënten aan de orde kunnen komen. Het is niet de bedoeling de hele communicatierichtlijn in één keer te bespreken en in te vullen. De punten zijn onderverdeeld per fase van de ziekte of aandoening. Deze fasen worden in de tijd doorlopen. Er wordt dus steeds een deel van de richtlijn ingevuld.

De gesprekspunten zijn genummerd en kunnen per punt aangevinkt worden als ze besproken zijn. Als een punt aanvulling behoeft, dan kan dit, onder verwijzing naar het nummer, worden vastgelegd in het medisch dossier. Dit kan worden opgetekend in de extra kolom. Tevens kan in deze kolom worden aangegeven of bepaalde punten in een eventueel volgend consult herhaald dienen te worden.

Tijdens het eerste consult wordt de brochure met daarin de aandachtspuntenlijst aan de patiënt uitgereikt.

Wettelijk kader

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft tot doel de rechtspositie van de patiënt te verduidelijken en te versterken. De WGBO regelt de relatie tussen hulpverlener en patiënt en houdt daarbij rekening met de eigen professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener. Centraal in de wet staat het recht op informatie en toestemming. In de wet wordt het toestemmingsvereiste uitgewerkt en gekoppeld aan een informatieplicht voor de hulpverlener. De toestemming van de patiënt is pas dan geldig, als deze gebaseerd is op informatie (informed consent).

Bij wet is bepaald dat uit het medisch dossier moet blijken dat een patiënt over de verschillende aspecten van de behandeling is geïnformeerd. Over de manier waarop dit moet worden vormgegeven, wordt in de wet geen uitspraak gedaan. Onderzoek van de KNMG heeft uitgewezen dat de communicatierichtlijn hiervoor het beste geschikt is. Het is een instrument met oog voor de wet en de praktijk. Een ingevulde communicatierichtlijn geeft de inspanningsbereidheid van de zorgaanbieder weer om patiënten goed te informeren.

Communicatierichtlijn algemeen aspecifieke lage rugpijn

Patiëntgegevens



Ingevuld door:

logo ziekenhuis

Anamnese/onderzoek

1. Uitleg waartoe bondige anamnese dient.....o
2. Uitleg waartoe lichamelijk onderzoek diento
3. Toelichten voorlopig beleido
 - Tijdsgebonden afsprakeno
4. Toelichten wel/niet doorverwijzeno
5. Toelichten wel/geen röntgenfotoo
6. Achterhalen verwachtingen patiënt en eventuele achterliggende angsten.....o
7. Vragen van de patiënt.....o

Diagnose

1. Uitleg over diagnose aspecifieke lage rugpijn.....o
2. (Leef)adviezen voor de patiënto
3. Brochure/adressen pat. verenigingen.....o
4. Afstemming behandelaars over de diagnoseo
5. Vragen van de patiënt.....o

Behandelplan

1. Toelichten doel behandeling.....o
2. Soort behandeling.....o
3. Te verwachten resultaato
4. Afstemming andere behandelaars over behandel/activiteiten traject.....o
5. Vragen van de patiënt.....o
6. Toelichting wanneer beloop anders is dan verwachto

Kader 1: mogelijk betrokken behandelaars

Huisarts
Bedrijfsarts
Gezondheidszorg psycholoog
Fysiotherapeut/oefentherapeut/manueeltherapeut
Anesthesioloog
Orthopeed
Revalidatiearts
Verzekeringsarts/Arbeidsdeskundige

Naast deze richtlijn is ook een communicatierichtlijn voor chronische aspecifieke lage rugpijn ontwikkeld.

Deze communicatierichtlijn is ontwikkeld door de NPCF na overleg met de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie, de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde, het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, het Nederlands Instituut voor Psychologen, de Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten "de Wervelkolom", de Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie.

Toelichting gebruik communicatierichtlijn voor hulpverleners

Deze communicatierichtlijn geeft de punten weer die u aan de orde kunt stellen in gesprekken die u heeft met mensen met aspecifieke lage rugpijn. De communicatierichtlijn wordt in gebruik genomen op het moment dat de diagnose is gesteld of als er een sterk vermoeden van aspecifieke lage rugpijn bestaat.

De gesprekspunten zijn onderverdeeld naar fasen in de behandeling. De punten zijn genummerd en kunnen aangevinkt worden als ze besproken zijn. Als een punt aanvulling behoeft, dan kan dit, onder verwijzing naar het nummer, worden vastgelegd in het medisch dossier. Het feit dat u bij een bepaald punt aantekeningen heeft gemaakt in de status, kan worden opgetekend in de extra kolom, bijvoorbeeld door de 'R' van rapportage. Tevens kan in deze kolom worden aangegeven of bepaalde punten in een eventueel volgend consult, om welke reden dan ook, herhaald dienen te worden, bijvoorbeeld door de 'H' van herhaling.

Het is niet de bedoeling alle items van de communicatierichtlijn in één keer te bespreken en in te vullen. Per gesprek kunt u steeds een deel van de communicatierichtlijn invullen. Uiteraard bepaalt u zelf welke punten en in welke volgorde u ze bespreekt. Als u een patiënt in een bepaalde fase, bijvoorbeeld de diagnosefase, meerdere keren ziet, kunt u de richtlijn ook ter afsluiting van de betreffende fase invullen.

Communicatierichtlijn chronische aspecifieke lage rugpijn

Patiëntgegevens



Ingevuld door:

logo ziekenhuis

Anamnese/onderzoek	
1. Doel anamnese	o
2. Klachtenpatroon/problemen patiënt.....	o
• Specifieke verwachtingen patiënt.....	o
• Ev. achterliggende angsten.....	o
3. Doel lichamelijk onderzoek	o
• Toelichten wel/niet lich. onderzoek	o
4. Toelichten voorlopig beleid	o
• Tijdsgebonden afspraken	o
5. Toelichten wel/niet doorverwijzen	o
6. Toelichten wel/niet röntgenfoto	o
7. Toestemming (medisch) onderzoek	o
8. Vragen van de patiënt.....	o

Diagnose	
1. Uitslag/bevindingen evt. onderzoeken	o
2. Uitleg over ziektebeeld aspecifieke lage rugpijn	o
• Oorzaken	o
• Verloop van de klachten	o
• Gevolgen: lichamelijk, sociaal, maatschappelijk en psychisch.....	o
3. Mogelijkheid second opinion	o
4. Leefadviezen.....	o
5. Informatie.....	o
• Brochure/folder.....	o
• Adressen patiëntenverenigingen SPO/NVVR.....	o
6. Afstemming behandelaars over de diagnose	o
7. Vragen van de patiënt.....	o

Behandelplan	
1. Doel behandeling	o
2. Soort behandeling.....	o
3. Te verwachten resultaat	o
4. Toestemming behandeling	o
5. Mogelijkheden (en gevolgen) van niet behandelen	o
6. Mogelijke behandelaars (zie kader 1)	o
7. Vaststellen hoofdbehandelaar	o
8. Afstemming andere behandelaars over behandel/activiteitentraject.....	o
9. Vragen van de patiënt	o

Behandelplan	
1. Doel behandeling	o
2. Voortgang klachten/behandeling	o
3. Evt. doorverwijzing naar pijncentrum, rugschool, rugadviescentrum.....	o
4. Werkhervattingsplan	o
5. Afstemming mede behandelaars	o
6. Vragen van de patiënt	o

Begeleiding en nazorg	
1. Prognose en restverschijnselen.....	o
2. Afspraken controle.....	o
3. Afspraken bedrijfsarts.....	o
4. Vragen van de patiënt.....	o

Kader 1: mogelijk betrokken behandelaars	
Huisarts	
Bedrijfsarts	
Gezondheidszorgpsycholoog	
Fysiotherapeut/oefentherapeut/manueeltherapeut	
Anesthesioloog	
Orthopeed	
Revalidatiearts	
Verzekeringsarts/Arbeidsdeskundige	

Naast deze richtlijn is ook een communicatierichtlijn ontwikkeld voor niet chronische aspecifieke lage rugpijn.

Deze communicatierichtlijn is ontwikkeld door de NPCF na overleg met de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie, de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde, het Nederlands Huisarsten Genootschap, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, het Nederlands Instituut voor Psychologen, de Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten "de Wervelkolom", de Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie.

Toelichting gebruik communicatierichtlijn

Deze communicatierichtlijn geeft de punten weer die u aan de orde kunt stellen in gesprekken die u heeft met mensen met aspecifieke lage rugpijn. De communicatierichtlijn wordt in gebruik genomen op het moment dat de diagnose is gesteld of als er een sterk vermoeden van aspecifieke lage rugpijn bestaat.

De gesprekspunten zijn onderverdeeld naar fasen in de behandeling. De punten zijn genummerd en kunnen aangevinkt worden als ze besproken zijn. Als een punt aanvulling behoeft, dan kan dit, onder verwijzing naar het nummer, worden vastgelegd in het medisch dossier. Het feit dat u bij een bepaald punt aantekeningen heeft gemaakt in de status, kan worden opgetekend in de extra kolom, bijvoorbeeld door de 'R' van rapportage. Tevens kan in deze kolom worden aangegeven of bepaalde punten in een eventueel volgend consult, om welke reden dan ook, herhaald dienen te worden, bijvoorbeeld door de 'H' van herhaling.

Het is niet de bedoeling alle items van de communicatierichtlijn in één keer te bespreken en in te vullen. Per gesprek kunt u steeds een deel van de communicatierichtlijn invullen. Uiteraard bepaalt u zelf welke punten en in welke volgorde u bespreekt. Als u een patiënt in een bepaalde fase, bijvoorbeeld de diagnosefase, meerdere keren ziet, kunt u de richtlijn ook ter afsluiting van de betreffende fase invullen.

Aandachtspuntenlijst chronische aspecifieke lage rugklachten in het contact met hulpverleners

Deze aandachtspuntenlijst is bedoeld om de gesprekken voor te bereiden die u heeft met de arts en andere hulpverleners over uw chronische lage rugklachten. In de aandachtspuntenlijst staan punten die aan de orde kunnen komen tijdens deze gesprekken. Dit kunnen punten zijn waarover de arts of hulpverlener u informatie geeft, maar ook onderwerpen waarover u zelf informatie kunt geven. Ook kunt u in de lijst onderwerpen en vragen opschrijven die u wilt bespreken met de arts of hulpverlener.

Het is goed om de aandachtspuntenlijst voordat u het gesprek met de arts of hulpverlener heeft, voor uzelf door te nemen. Zo heeft u een idee wat er aan de orde komt in de gesprekken, kunt u nadenken over punten die u wilt vertellen en kunt u de vragen die u heeft opschrijven. U kunt de aandachtspuntenlijst meenemen naar het gesprek, zodat u tijdens het gesprek op de lijst kunt kijken en eventueel aantekeningen kunt maken.

De gesprekspunten staan beschreven per fase in de behandeling. Het start met de fase onderzoek die nodig is om de diagnose te stellen en loopt via diagnose en behandeling tot de fase begeleiding. De informatie over deze onderwerpen wordt vaak verspreid gegeven over verschillende gesprekken. U moet zich realiseren dat de fasen niet altijd zo duidelijk afgebakend zijn. Ze kunnen ongemerkt in elkaar overlopen en worden ook niet altijd chronologisch doorlopen.

Waarschijnlijk zijn niet alle punten in deze lijst voor u van toepassing. Ieder mens en iedere rugpijn is anders en het is niet mogelijk om in deze lijst op alle mogelijke situaties in te gaan. Het kan daarom zijn dat niet alle punten aan de orde komen in de gesprekken die u heeft of dat er punten aan de orde komen die niet op de lijst staan.

Bij deze aandachtspuntenlijst is tevens een brochure verschenen.

DEZE AANDACHTSPUNTENLIJST IS ONTWIKKELD DOOR DE NPCF NA OVERLEG MET: DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN ANESTHESIOLOGIE, DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ARBEIDS- EN BEDRIJFSGENEESKUNDE, HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP, HET KONINKLIJK NEDERLANDS GENOOTSCHAP VOOR FYSIOTHERAPIE, DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR NEUROLOGIE, DE NEDERLANDSE ORTHOPAEDISCHE VERENIGING, HET NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PSYCHOLOGEN, STICHTING PATIËNTENBELANGEN ORTHOPAEDIE EN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN RUGPATIËNTEN 'DE WERVELKOLOM'. BIJ DEZE AANDACHTSPUNTENLIJST ZIJN BIJBEHORENDE COMMUNICATIERICHTLIJNEN ONTWIKKELD VOOR ARTSEN ALSMEDE EEN BROCHURE VOOR PATIËNTEN.

Onderzoek/anamnese chronische aspecifieke lage rugklachten



Gesprekspunten	Aantekeningen
<p><i>Gesprek/anamnese</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o De klachten of verschijnselen waar u last van heeft: <ul style="list-style-type: none"> - hoe lang heeft u last - wisselen de klachten of zijn ze altijd hetzelfde - hoe gaat u met de pijn om - wat zijn uw verwachtingen - waar bent u eventueel bang voor o Invloed pijn/klachten op uw dagelijks leven: <ul style="list-style-type: none"> - lichamenlijk - uw sociale leven - uw mentale gesteldheid <p><i>Onderzoek/mogelijke onderzoeken die de arts kan doen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o Lichamenlijk onderzoek. o Uw toestemming voor het onderzoek. o Voorlopig medisch beleid: <ul style="list-style-type: none"> - vermoedelijke diagnose - tijdgebonden afspraken t.a.v. (na)bespreken pijn/klachten en vervolgspraken - eventueel voorschrijven medicijnen/pijnstillers o Nut of noodzaak van diverse onderzoeken zoals röntgenonderzoek. 	
<p>Informatie die u aan de arts kunt geven</p> <ul style="list-style-type: none"> o Uw leefstijl (activiteiten, voeding, rookgedrag etc.). o De invloed van uw klachten op uw dagelijks leven/huishouden/werk. o Andere ziekten/klachten waar u last van heeft. o Een eventueel ongeluk of val. o Medicijnen/pijnstillers die u al gebruikt. 	
<p>Vragen/onderwerpen die u aan de orde wilt stellen</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mogelijke bijwerkingen van medicijnen/pijnstillers. 	

Diagnose chronische aspecifieke lage rugklachten



Gesprekspunten	Aantekeningen
<ul style="list-style-type: none"> o Uitslagen en bevindingen evt. onderzoeken. o De moeilijkheid om een goede oorzaak vast te stellen bij lage rugpijn. o Uitleg ziektebeeld/aandoening lage rugpijn: <ul style="list-style-type: none"> - wat is lage rugpijn (definitie) - oorzaken van lage rugpijn - bouw en anatomie van de rug - verloop van de klachten in het algemeen - verloop van de pijn in het algemeen (prognose en duur van de pijn) o Gevolgen/consequenties van de pijn/klachten: <ul style="list-style-type: none"> - lichamenlijk - op uw sociale leven - op uw mentale gesteldheid o Overleg behandelaars onderling m.b.t. uitslagen van het onderzoek. o Lotgenotencontact, patiëntenverenigingen. o Schriftelijke informatie in de vorm van brochures, folders e.d. 	
Informatie die u aan de arts kunt geven	
<ul style="list-style-type: none"> o De gevolgen en veranderingen in uw persoonlijke situatie door de pijn/klachten. 	
Vragen/onderwerpen die u aan de orde wilt stellen	
<hr/>	

Behandelplan/voorstel chronische aspecifieke lage rugklachten



Gesprekspunten	Aantekeningen
<ul style="list-style-type: none"> o Algemeen doel van de behandeling. o De verschillende behandelingen bij lage rugpijn. o Voorstel voor behandeling in uw situatie. o Doel en effect van de behandeling. o Voor- en nadelen van de behandeling/mogelijke risico's. o Eventuele andere mogelijkheden voor behandeling. o De gevolgen van niet behandelen. o Uw toestemming voor de geadviseerde behandeling. o Wie betrokken zijn bij de behandeling (zie kader 1). o Onderlinge afstemming verschillende artsen/hulpverleners over behandelplan. o Wie uw contactpersoon is voor de behandeling. 	
Informatie die u aan de behandelaar kunt geven	
<ul style="list-style-type: none"> o Eventuele eerdere ervaringen van u met bepaalde behandelingen. o Eventuele verwachtingen van u ten aanzien van de behandeling. 	
Vragen/onderwerpen die u aan de orde wilt stellen	
<ul style="list-style-type: none"> o Adviezen/leefregels voor thuis? Bijvoorbeeld wanneer u rust moet houden of juist actief blijven. o Mogelijkheden om thuis oefeningen te doen? 	

Kader 1 – Mogelijk betrokken artsen/hulpverleners

- Huisarts
- Bedrijfsarts
- Gezondheidszorgpsycholoog
- Fysiotherapeut/oefentherapeut/manueel therapeut
- Anesthesioloog
- Orthopeed
- Neuroloog
- Revalidatiearts
- Verzekeringsarts/arbeidsdeskundige

Behandeling chronische aspecifieke lage rugklachten



De behandeling kan worden uitgevoerd door diverse hulpverleners die zijn gespecialiseerd in de behandeling van mensen met lage rugpijn. De onderstaande gesprekspunten kunnen bij de behandeling ter sprake komen, ongeacht wie de behandelend arts/hulpverlener is.

Gesprekspunten	Aantekeningen
<ul style="list-style-type: none"> o Doel van de behandeling. o Inschatting resultaat van de behandeling. o Gevraagde motivatie voor de behandeling. o Behandelplan: <ul style="list-style-type: none"> - globale inhoud - aantal behandelingen (duur en frequentie) - werkwijze o Voortgang van de behandeling: <ul style="list-style-type: none"> - bespreken effect behandeling - overleg met eventuele medebehandelaars o Doorverwijzing, terugverwijzing. o Evt. doorverwijzing consulent, cursus/programma's rugpijn, pijnpoli, rugadviescentra, enzovoort. 	
Informatie die u aan de arts kunt geven	
<ul style="list-style-type: none"> o Veranderingen in uw persoonlijke situatie, de werksituatie en/of de (pijn)klachten. o Hoe u staat tegenover uw behandeling? 	
Vragen/onderwerpen die u aan de orde wilt stellen	

Begeleiding/nazorg chronische aspecifieke lage rugklachten



Gesprekspunten
<ul style="list-style-type: none"> o Het resultaat van de behandeling, de mate van herstel. o Moet u op controle komen? o Wanneer moet u contact opnemen met de arts? o Aangelegenheden werk/keuring: <ul style="list-style-type: none"> - toekomst/stappen - rol bedrijfsarts - rol verzekeringsarts
Informatie die u aan de arts kunt geven
Vragen/onderwerpen die u aan de orde wilt stellen
<ul style="list-style-type: none"> o Aangelegenheden werk of keuring. o Herhalingsrecept medicijnen/pijnstillers.

Bijlage 4

Vergelijking van Nederlandse en buitenlandse richtlijnen

Drs. Mariska K. Tuut, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht
Dr. Maurits W. van Tulder, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek & Afdeling Klinische Epidemiologie en Biostatistiek, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
Dr. Jannes J.E. van Everdingen, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht
Dr. Rob Sanders, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag
Dr. Willem J.J. Assendelft, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht

Samenvatting

- Zeventien richtlijnen op het gebied van specifieke lage rugklachten zijn vergeleken op het gebied van kwaliteit en inhoud.
- Voor de beoordeling van de kwaliteit is gebruikgemaakt van het AGREE-instrument.
- Er zijn veel kwaliteitsverschillen gevonden, met name implementatieactiviteiten blijven achterwege.
- Diagnostiek is voornamelijk gericht op ‘red flags’ (rode vlaggen); in een aantal richtlijnen wordt aandacht besteed aan psychosociale factoren.
- Eenvoudige pijnstillers worden vrijwel altijd aangeraden, de richtlijnen verschillen in adviezen over antidepressiva en injectieve therapieën.
- Het belang van goede patiëntenvoorlichting wordt vaak genoemd.
- Een tijdcontingente aanpak wordt in de meeste richtlijnen geadviseerd.

Inleiding

Aspecifieke lage rugklachten vormen een groot probleem in de huidige gezondheidszorg. Dit is een logisch gevolg van de hoge prevalentie, met name in de beroepsbevolking, wat heeft geleid tot een enorme expansie van de directe en indirecte kosten.¹

Omdat er onzekerheid bestaat over het best te volgen beleid bij specifieke lage rugklachten is besloten een nieuwe multidisciplinaire richtlijn te ontwikkelen voor de diagnostiek en behandeling van specifieke lage rugklachten. Echter, er zijn al verschillende Nederlandse richtlijnen op het gebied van lage rugpijn beschikbaar, zoals de Standaard Lage-rugpijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Richtlijnen voor Bedrijfsartsen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Richtlijn Lage Rugpijn van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Deze richtlijnen zijn echter monodisciplinair.

Beschikbaar bewijs uit de wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van diagnostische en therapeutische interventies is al in veel systematisch literatuuronderzoek samengevat en in deze Nederlandse en recente buitenlandse richtlijnen opgenomen.

Ter voorbereiding van de CBO-richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten zijn de bestaande richtlijnen op het gebied van lage rugpijn vergeleken. Hierbij is naast de inhoud van de richtlijnen ook de kwaliteit van de richtlijnen bestudeerd.

Methoden

Aan alle werkgroepleden die meewerkten aan de richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten, is verzocht richtlijnen van hun eigen vereniging op te sturen naar het CBO en andere Nederlandse en buitenlandse richtlijnen te noemen, zodat deze opgevraagd konden worden. Rugklachten met een specifieke oorzaak en hernia nucleus pulposi werden buiten beschouwing gelaten. Tevens is een aantal richtlijnen via persoonlijke communicatie met experts verkregen. Verenigingen waarvan de werkgroepleden niet reageerden, zijn telefonisch benaderd om zo ontbrekende Nederlandse richtlijnen op te sporen. Om buitenlandse richtlijnen te identificeren is tevens een zoekactie op internet uitgevoerd. Hierbij is gebruikgemaakt van de gebruikelijke zoekmachines en Medline en is gekeken op de websites van bekende instituten op het gebied van richtlijnontwikkeling.

De kwaliteit van de verzamelde richtlijnen werd systematisch en kritisch beoordeeld door twee onderzoekers, beide epidemiologen, waarvan één specifiek deskundig op het gebied van lage rugpijn (MWvT) en één op het terrein van richtlijnontwikkeling (MKT). Hierbij is gebruikgemaakt van het 'Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation in Europe'-instrument (AGREE).² Het AGREE-instrument bestaat uit 24 items aangaande kwaliteitsaspecten, onder meer de betrokkenheid van relevante groepen en het gebruik van wetenschappelijk bewijs. Beide onderzoekers scoorden de richtlijnen op deze items, waarbij verschillen werden opgelost in een consensusbespreking. Een totaal oordeel per richtlijn werd niet gegeven, omdat dit een (impliciete) weging van de items veronderstelt, terwijl de items verschillende dimensies beslaan.

Data-extractie vond systematisch plaats, waarbij relevante aanbevelingen uit de richtlijnen door een onderzoeker (MKT) werden samengevat in tevoren vastgestelde rubrieken.

Resultaten

Aanvankelijk werden 25 richtlijnen geïdentificeerd, waarbij acht richtlijnen bij bestudering niet aan de inclusiecriteria voldeden.³⁻¹⁰ De overgebleven richtlijnen zijn weergegeven in *tabel 1*. De meeste richtlijnen zijn recentelijk gepubliceerd. De richtlijnen zijn ontwikkeld voor een breed palet van beroepsgroepen; slechts enkele zijn multidisciplinair. De meeste richtlijnen hebben betrekking op acute lage rugklachten.

Tabel 1. Algemene kenmerken van de verzamelde richtlijnen

Nr.	Titel	Eigenaar/Initiator	Land van publicatie	Jaar van publicatie
1	Guidelines for the Chiropractic Quality Assurance and Practice Parameters ¹¹	Congress of Chiropractic State Associations	Verenigde Staten	1993
2	Acute Low Back Problems in Adults ¹²	Agency for Health Care Policy and Research	Verenigde Staten	1994
3	Back Pain: Report of a CSAG committee on back pain ¹³	Her Majesty's Stationery Office (HMSO)	Groot-Brittannië	1994
4	Guidelines for the Treatment of low back pain in primary care ¹⁴	Israeli Low Back Pain Guideline Group	Israël	1995
5	Rugpijn en degeneratieve veranderingen: Consensus stellingen ¹⁵	Nederlandse Orthopaedische Vereniging, Wervelkolom Werkgroep	Nederland	1995
6	Guidelines for the management of employees with compensable low back pain ¹⁶	Victorian Workcover Authority	Australië	1996
7	Richtlijnen Anaesthesiologische Pijnbestrijding ¹⁷	Nederlandse Vereniging voor Anaesthesiologie, Sectie Pijnbestrijding	Nederland	1996
8	Standaard Lage-rugpijn ¹⁸	Nederlands Huisartsen Genootschap	Nederland	1996
9	Acute Low Back Pain Guide ¹⁹	National Advisory Committee on Health and Disability and Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation	Nieuw-Zeeland	1997
10	Diagnostiek en behandeling van chronische lage rugpijn ²⁰	Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn	Nederland	1997
11	Guidelines on Worksite Prevention of low back pain, labor standards bureau notification no. 547 ²¹	Labour Standards Bureau	Japan	1997
12	Handlungsleitlinie Rückenschmerzen ²²	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Duitsland	1997
13	Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain ²³	Royal College of General Practitioners	Groot-Brittannië	1998
14	Adult Low Back Pain ²⁴	Institute for Clinical Systems Improvement	Verenigde Staten	1998
15	Clinical Practice Guidelines Diseases of the Low Back ²⁵	Finnish Medical Association Duodecim	Finland	1998
16	Kreuzschmerzen: Hintergründe, Prävention, Behandlung ²⁶	Verbindung der Schweizer Ärzte	Zwitserland	1998
17	Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage-rugklachten ²⁷	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde	Nederland	1999

*Engelse vertaling

De resultaten van de beoordeling van de kwaliteit van de richtlijnen met behulp van het AGREE-instrument zijn gepresenteerd in *tabel 2*. Uit de tabel blijkt dat meer dan de helft van de richtlijnen een duidelijke beschrijving geeft van het doel van de richtlijn en de doelgroep van patiënten. De werkgroep die de richtlijn ontwikkelde, bestond in meer dan de helft van de richtlijnen uit vertegenwoordigers van alle relevante disciplines, en de structuur van de meerderheid van de richtlijnen was duidelijk. Weinig richtlijnen hielden rekening met de mening van patiënten. Ook werd in veel richtlijnen niet duidelijk aangegeven hoe gebruik werd gemaakt van het beschikbare bewijs. Ten slotte blijkt uit de analyse dat veel aandacht wordt besteed aan de ontwikkeling van de richtlijn, maar dat specifieke implementatieactiviteiten vaak ontbreken. Weinig richtlijnen zijn voor publicatie getest in de praktijk, er is nauwelijks rekening gehouden met kosteneffectiviteitsaspecten, bij de meeste richtlijnen zijn geen potentieel belemmerende factoren voor implementatie geïdentificeerd en geen enkele richtlijn vermeldt hoe de compliantie met de richtlijn kan worden gemeten.

Tabel 2. Beoordeling van de onderzochte richtlijnen op diverse kwaliteitscriteria

Onderwerp	Criterium	Aantal richtlijnen		
		+	?	-
Reikwijdte en doel:	Duidelijke beschrijving van het doel van de richtlijn	10	2	5
	Duidelijke beschrijving van de gebruikers van de richtlijn (doelgroep)	8	4	5
	Duidelijke beschrijving van de uitgangsvragen die de richtlijn beantwoordt	4	10	3
	Duidelijke beschrijving van de doelgroep van patiënten	9	5	3
Betrokkenen bij de richtlijnontwikkeling	De werkgroep die de richtlijn ontwikkelde, bestond uit vertegenwoordigers van alle relevante disciplines	9	5	3
	De richtlijn is kritisch beoordeeld door experts buiten de werkgroep	6	4	7
	De richtlijn is getest door eindgebruikers	4	2	11
	Bij de ontwikkeling is rekening gehouden met de mening en voorkeur van patiënten	2	2	13
Identificatie en gebruik van bewijs	Er is een systematische methode voor het zoeken naar bewijs beschreven	4	4	9
	De criteria voor het selecteren van het bewijs zijn duidelijk beschreven	2	4	11
Formuleren van aanbevelingen	De methoden voor het formuleren van aanbevelingen zijn duidelijk omschreven	3	2	12
	Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het bewijs waarop het gebaseerd is	2	4	11
	Bij het formuleren van de aanbevelingen is rekening gehouden met effecten op de gezondheid, bijwerkingen en risico's	3	8	6
	Bij het formuleren van de aanbevelingen is rekening gehouden met de kosten	0	3	14
Duidelijkheid	De richtlijn is duidelijk gestructureerd	11	4	2
	In de richtlijn staan duidelijk weergegeven en snel herkenbare kernaanbevelingen	8	7	2
	De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig	8	6	3
	De verschillende mogelijkheden voor een bepaald beleid worden duidelijk uiteengezet	7	7	3
Toepasbaarheid	Er is rekening gehouden met potentieel belemmerende factoren voor de implementatie van de richtlijn	1	3	13
	Er is rekening gehouden met mogelijke problemen bij de benodigde gedragsverandering bij zorgverleners indien de richtlijn wordt toegepast	0	4	13
	De richtlijn is uitgerust met 'tools' die het gebruik vergemakkelijken	4	7	6
Controle	In de richtlijn staat vermeld hoe de aanbevelingen vertaald kunnen worden naar indicatoren, die het gebruik van de richtlijn meten	0	2	15
	In de richtlijn staat vermeld wanneer de richtlijn zal worden herzien	1	1	15
Onafhankelijkheid	De ontwikkeling van de richtlijn is niet beïnvloed door de mening van de financier/subsidiegever	0	11	6

+ Aantal richtlijnen positief gescoord door beide onderzoekers op desbetreffend item

? Aantal richtlijnen waarbij er verschil was in de score tussen beide onderzoekers op desbetreffend item

- Aantal richtlijnen negatief gescoord door beide onderzoekers op desbetreffend item

Bij het vergelijken van het diagnostisch onderzoek dat in de richtlijnen wordt aanbevolen, dient rekening te worden gehouden met de patiëntenpopulatie waaruit de doelgroep bestaat. In het algemeen blijkt het diagnostisch traject voornamelijk gericht op uitsluiting van specifieke oorzaken. Bij lichamelijk onderzoek wordt doorgaans gelet op de stand van bekken en wervelkolom, op de beweeglijkheid en op spierrekkingsreflexen. Verder wordt gevraagd naar de lokalisatie en aard van de pijn, alsmede naar de mogelijkheid van specifieke oorzaken ('red flags' ofwel rode vlaggen).

Slechts een beperkt aantal richtlijnen adviseert psychosociale diagnostiek. De 'yellow flags' ofwel gele vlaggen zijn signalen waarbij men bedacht moet zijn op psychosociale problematiek. Deze zijn door Kendall in het kader van de Nieuw-Zeelandse richtlijn ontwikkeld.¹⁹ Met name de Nederlandse richtlijn voor bedrijfsartsen besteedt uitgebreid aandacht aan psychosociale factoren, aan somatisatie van de klachten en aan depressie. De meeste richtlijnen adviseren uitgebreide psychosociale diagnostiek bij aanhoudende klachten, hoewel het tijdstip hiervan varieert van het eerste consult tot drie maanden. Een aantal richtlijnen maakt melding van het gebruik van screening-vragenlijsten, zoals de 'Waddell-Index', 'Work APGAR scores' en de 'Pain Disability Index'.

Als er twijfel bestaat over de aanwezigheid van een specifieke oorzaak, adviseren de meeste eerstelijns richtlijnen te verwijzen naar een medisch specialist.

Tabel 3. Beleid ten aanzien van medicamenteuze behandeling in de verschillende richtlijnen

Titel	Land van publicatie	Jaar van publicatie	Analgetica NSAID's	Analgetica Overige	Spierver-slappers	Antide-pressiva	Colchicine
Acute Low Back Problems in Adults ¹²	Verenigde Staten	1994	+	+	+	-	-
Back Pain: Report of a CSAG committee on back pain ¹³	Groot-Brittannië	1994	+	+	+	+	-
Guidelines for the Treatment of low back pain in primary care ¹⁴	Israel	1995	+		+	-	
Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain ²³	Groot-Brittannië	1998	+	+	+		o
Guidelines for the management of employees with compensable low back pain ¹⁶	Australië	1996	+	+	+	+	
Richtlijnen Anaesthesiologische Pijnbestrijding ¹⁷	Nederland	1996		+	+†	+†	
Standaard Lage-rugpijn ¹⁸	Nederland	1996	+	+	-	-	
Acute Low Back Pain Guide ¹⁹	Nieuw-Zeeland	1997	+	+	-		
Handlungsleitlinie Rückenschmerzen ²²	Duitsland	1997	+	+	+†		
Adult Low Back Pain ²⁴	Verenigde Staten	1998		+	+		
Clinical Practice Guidelines of the Finnish Medical Association Duodecim, Diseases of the Low Back ²⁵	Finland	1998	+	+†	+‡	-	
Kreuzschmerzen: Hintergründe, Prävention, Behandlung ²⁶	Zwitserland	1998	+	+	+*	+°	
Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage rugklachten ²⁷	Nederland	1999					

*: aanbevolen, -: afgeraden, o: noch aanbevolen, noch afgeraden, leeg: geen data

†: tweede keus, als analgetica niet voldoende blijken

‡: wordt aanbevolen, maar chronisch gebruik moet worden vermeden

§: effectiever dan placebo, maar minder effectief dan NSAID's

°: bij chronische patiënten

De adviezen met betrekking tot medicamenteuze behandeling zijn samengevat in tabel 3. Dertien van de 17 richtlijnen deden aanbevelingen betreffende medicamenteuze behandeling. In de meeste richtlijnen worden in eerste instantie eenvoudige pijnstillers geadviseerd. Eventueel kunnen, indien dit niet voldoende blijkt te helpen, ontstekingsremmers of spierverlappers worden toegevoegd. De richtlijnen verschillen wat betreft antidepressiva-aanbevelingen. De Zwitserse richtlijn raadt bijvoorbeeld het gebruik van antidepressiva aan bij patiënten met chronische lage rugklachten, terwijl volgens de Nederlandse anesthesiologenrichtlijn chronisch gebruik dient te worden vermeden.

In de analyse van de richtlijnen is ook gekeken naar epidurale, triggerpoint-, ligamenteuze en facetgewrichtinjectionen. Nagenoeg alle richtlijnen raden deze vormen van behandeling af of vermelden dat er onvoldoende, conflicterend of controversieel bewijs voor de effectiviteit is.

De weinige richtlijnen die wel positief adviseren, blijven aan de voorzichtige kant en bevelen eerst conservatieve therapieën aan.^{16,20,22,23} Alleen de CSAG-richtlijn¹³ en de Richtlijnen Anaesthesiologische Pijnbestrijding¹⁷ zijn progressiever en vermelden dat alle injectietherapieën kunnen worden toegepast als symptoombestrijding.

Tabel 4. Beleid ten aanzien van de overige behandelingen in de verschillende richtlijnen

Titel	Acupunctuur	EMG-biofeedback	Fysische modaliteiten	Gedrags-therapie	Oefen-therapie	Rug-scholen	Manipulatie	'Lumbal support'	TENS	Multi-disciplinaire programma's
Acute Low Back Problems in Adults	-	-	+	+	+	+	0 [†]	0 [‡]	-	-
Back Pain	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Guidelines for the Treatment of low back pain in primary care	0	0	0	+	+	0	0	0	0	+
Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain	+	0	-	+	+	+	+	+	0	+
Guidelines for the management of employees with compensable low back pain	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Richtlijnen Anaesthesiologische Pijnbestrijding			+				+		+	+
Standaard Lage-rugpijn		-	-	-	+	0	+	0	-	+
Acute Low Back Pain Guide	0	0	0	-	-	0	+	0	-	+
Diagnostiek en behandeling van chronische lage rugpijn				+	+				+	+
Guidelines on Worksite Prevention of low back pain, labor standards bureau notification no. 547				+	+		+			
Handlungsleitlinie Rückenschmerzen			+			+	+	+	+	+
Adult Low Back Pain			+		+	+	+	+		
Clinical Practice Guidelines of the Finnish Medical Association Duodecim, Diseases of the Low Back				+	+	+	+	0	0	+
Kreuzschmerzen: Hintergründe, Prävention, Behandlung			+	+	+	+	+	+	+	+
Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage rugklachten			-	+	+	-	+	-	-	+

+: aanbevelen, -: afgeraden, 0: noch aanbevelen, noch afgeraden, leeg: geen data

†: warmte of kou aanbevelen, overige modaliteiten afgeraden

‡: lang gebruik afgeraden

§: inlegzolen optioneel, korsesetten kunnen beschermen bij de beroepsuitoefening

¶: bij chronische patiënten

||: Zweedse rug-scholen in werksitting, voor overige vormen geen bewijs

∞: warmte, kou en interferentiestromen

∞: alleen als er geen sprake is van verlamme symptomen bij tests

∞: alleen in acute fase

Alle richtlijnen adviseren zo snel mogelijk de normale dagelijkse activiteiten te hervatten. Bedrust wordt afgeraden en moet, indien onvermijdelijk, beperkt worden tot ten hoogste twee dagen. Bedrust in combinatie met tractie wordt te allen tijde afgeraden. Aanbevelingen voor overige behandelingen zijn in *tabel 4* te vinden.

In verschillende richtlijnen wordt het belang van goede patiëntenvoorlichting genoemd. Het natuurlijk beloop dient te worden geschetst, men moet voorkomen dat de patiënt in een negatieve spiraal geraakt en preventieve maatregelen ter voorkoming van recidivering moeten worden genoemd. Bij patiënten die werken, wordt beoordeling van de arbeidsgeschiktheid en eventueel een werkplekonderzoek en -aanpassing geadviseerd.

Ten slotte wijzen meerdere richtlijnen erop dat behandeld dient te worden volgens een tijd-contingente aanpak. De behandeling wordt dan volgens een bepaald tijdschema voorgeschreven, niet afhankelijk van de pijn.

Beschouwing

Deze vergelijking van Nederlandse en buitenlandse richtlijnen is bedoeld ter ondersteuning van de ontwikkeling van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. De kans is vrij groot dat alle Nederlandse landelijke richtlijnen op het gebied van aspecifieke lage rugklachten zijn geïncorporeerd. Voor de buitenlandse richtlijnen is dit anders. Omdat richtlijnen doorgaans niet integraal in medische tijdschriften worden gepubliceerd, is het moeilijk deze via de gebruikelijke methoden, zoals de Cochrane- en Medline-database, te verzamelen. Er is dientengevolge gezocht naar publicaties op internet, hetgeen mogelijk heeft geleid tot selectiebias. Grote instituten zullen hun richtlijnen waarschijnlijk op internet publiceren, terwijl minder bekende instanties dat mogelijk nalaten. Daarnaast zijn voornamelijk Engelstalige publicaties gevonden, hetgeen taal-'bias' tot gevolg kan hebben. Van de Israëlische en Finse richtlijnen werden niet-geautoriseerde Engelse vertalingen gebruikt. Desalniettemin denken wij dat de beschikbare richtlijnen een representatieve weergave vormen van de stand van zaken op het gebied van aspecifieke lage rugklachten.

Erg weinig richtlijnen houden rekening met de wensen en voorkeuren van de patiënt. Er wordt nog gezocht naar de beste manier om de mening van de patiënten, al dan niet in georganiseerd verband, mee te laten wegen in de richtlijnontwikkeling. Het CBO en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie testen verschillende methoden om een betere patiënten-inbreng te bewerkstelligen.

Wij veronderstelden een verband tussen het 'evidence-based' gehalte van de richtlijn en het jaartal van verschijning. Echter, nieuwere richtlijnen maakten niet meer of systematischer gebruik van literatuur dan oudere. Wel is opgevallen dat recente richtlijnen, bijvoorbeeld de Nieuw-Zeelandse¹⁹ en de Britse richtlijn,²³ deels gebaseerd zijn op die van de AHCPR.¹²

Streven naar hoge kwaliteit leidt tot veel achtergrondinformatie in de richtlijn. Dit is in strijd met de gedachte dat een praktische richtlijn kort zou moeten zijn. Een oplossing kan liggen in het ontwikkelen van twee documenten: een korte richtlijn en een aparte uitgave met achtergrondinformatie. Eventueel kunnen andere producten worden toegevoegd, zoals een samenvattingskaart of een patiëntenfolder.

In de nieuwe CBO-richtlijn wordt uitgegaan van het biopsychosociale model.²⁹ Dat wil zeggen dat diagnostiek en behandeling gericht moeten zijn op lichamelijke, psychische en sociale factoren. Dit model blijkt in de praktijk niet vaak te worden gebruikt, omdat met name naar lichamelijke oorzaken voor de lage rugpijn wordt gezocht. De verwachting is dat, indien wordt besloten om in de beginfase meer systematisch psychosociale diagnostiek te gaan verrichten, dit zal leiden tot implementatieproblemen. Derhalve zal in dat geval via nascholing een gedragsverandering bij klinici moeten worden nagestreefd.

Dat op bepaalde punten in onze vergelijking verschillen zijn gevonden, is niet verwonderlijk, immers ook de uitgangssituatie verschilt. Het effect van behandeling of de diagnostische waarde van een test is afhankelijk van populatiekenmerken; een verschillend beleid in de richtlijnen is dan een logisch gevolg. Aanbevelingen voor diagnostische of therapeutische interventies zullen ook samenhangen met de beschikbaarheid van deze interventies in een bepaald gezondheidszorgsysteem en met financiële consequenties daarvan. Bij de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen moet dan ook rekening worden gehouden met de Nederlandse situatie. De meerwaarde van het geven van een overzicht van richtlijnen ten opzichte van een systematisch literatuuronderzoek waarin primair wetenschappelijke evidentie wordt samengevat, moge duidelijk zijn. In richtlijnen worden de praktische aspecten van zorgverleners belicht, terwijl de primaire literatuur zich met name richt op de effectiviteit van een bepaalde interventie. Richtlijnen behandelen daarnaast ook andere aspecten, zoals beschikbaarheid, kosten en bijwerkingen.

Noot: Deze studie werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van ZorgOnderzoek Nederland (06-01-009).

Literatuur

1. Tulder MW van, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands. *Pain* 2000; 62: 232-40.
2. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org.
3. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, et al. Consensus het lumbosacrale radiculair syndroom. Utrecht: CBO, 1995.
4. American College of Physicians. Magnetic resonance imaging of the brain and spine: a revised statement, 1993.
5. European Chiropractors Union. Standards of Practice. Board of Education, editor onbekend.
6. NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom, 2000.
7. Sanders SH, Rucker KS, Anderson KO, Harden RN, Jackson KW, Vicente PJ, et al. Guidelines for program evaluation in chronic non-malignant pain management. *J Back Musculoskeletal Rehab* 1996; 7: 19-25.
8. American College of Radiology. Appropriateness criteria for uncomplicated low back pain, 1996.
9. Guideline for hospitalization for low back pain, 1999.
10. Counseling to prevent low back pain, 1996.
11. Haldeman S, Chapman-Smith D, Petersen DM. Guidelines for Chiropractic Quality Assurance and Practice Parameters. Proceedings of the Mercy Center Consensus Conference. Maryland: Aspen Publication, 1993.
12. Agency for Health Care Policy and Research. Acute Low Back Problems in Adults. Clinical Practice Guideline, number 14. Maryland: Agency for Health Care Policy and Research, 1994.

13. Rosen M, Breen A, Hamann W, Harker P, Jayson MIV, Kelly E, et al. Back Pain. London: Clinical Standards Advisory Group, 1994.
14. Borkan J, Reis S, Ribak J, Werner S, Porath A. Israeli Low Back Pain Guideline Group. Guidelines for the treatment of low back pain in primary care. Private Translation, 1995.
15. Ooy A van, Loon PJM van, Coene LNJEM, Akkerveeken PF van. Rugpijn en degeneratieve veranderingen. Consensus stellingen, 1995.
16. Victorian Workcover Authority. Guidelines for the management of employees with compensable low back pain. Melbourne: Victorian Workcover Authority, 1996.
17. Boersma FP, Kleef M van, Stolker RJ, Zuurmond WWA. Richtlijnen Anesthesiologische Pijnbestrijding. Amsterdam, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, 1996.
18. Faas A, Chavannes AW, Koes BW, Hoogen JM van den, Mens JMA, Smeele LJM, et al. NHG-Standaard Lage-rugpijn. Utrecht: NHG, 1996.
19. National Advisory Committee on Health and Disability, Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation. New Zealand Acute Low Back Pain Guide. Wellington: National Health Committee, 1997.
20. Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn. Multidisciplinair consensusrapport. Diagnostiek en behandeling van chronische lage rugpijn. Maastricht: Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn, 1997.
21. Labour Standards Bureau Notification No.547. Guidelines on Worksite Prevention of Low Back Pain. Industrial Health 1997; 35: 143-72.
22. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Handlungsleitlinie Rückenschmerzen, 1997.
23. Hutchinson A, Waddell G, Feder G, Breen A, Burton K, Sears C, et al. Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain. Royal College of General Practitioners, 1998.
24. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Adult Low Back Pain, 1998. Internet, Institute for Clinical Systems Improvement.
25. Finnish Medical Association Duodecim. Current Care. Clinical Practice Guidelines of the Finnish Medical Association Duodecim. Diseases of the Low Back. Private Translation, 1998.
26. Keel P, Weber M, Roux E, Gauchat M-H, Schwarz H, Jochum H. Kreuzschmerzen: Hintergründe, Prävention, Behandlung. Bern: Verbindung der Schweizer Ärzte, FMH, 1998.
27. Aulman P, Bakker-Rens RM, Dielemans SF, Mulder A, Verbeek JHAM. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage-rugklachten. Eindhoven: Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, 1999.
28. Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, Thomas E, Silman AJ. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. Br Med J 1998; 316: 1356-9.
29. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance in chronic low back pain and disability. Pain 1993; 52: 157-68.

Noot: Deze tekst is ook gepubliceerd in Medisch Contact.

Bijlage 5

Knelpuntenanalyse

Inleiding

Invoering van de richtlijn is vermoedelijk effectiever als rekening wordt gehouden met factoren die implementatie belemmeren of bevorderen. In de bijeenkomsten van de werkgroep kwam al een aantal factoren naar voren in de discussies. Deze zijn beschreven in het hoofdstuk over implementatie. Deze bijlage beschrijft een knelpuntenanalyse, die tot doel had om knelpunten en behoeften voor het implementeren van de richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten van diverse beroepsgroepen in kaart te brengen.

Methode

Design. Er is een schriftelijke enquête uitgevoerd in de periode december 2001-februari 2002. *Populatie.* Alle participerende beroepsverenigingen zijn aangeschreven met het verzoek om het ledenbestand te gebruiken voor de enquête. Van de groep psychologen is de sectie revalidatiepsychologie van het NIP aangeschreven. Van de groep huisartsen en fysiotherapeuten is gebruikgemaakt van het NIVEL-bestand. Alle aangeschreven beroepsgroepen hebben de gevraagde informatie toegezonden. Uit de bestanden is een aselechte steekproef getrokken van 150 personen. Bij de vereniging van neurochirurgen, die bestaat uit 90 leden, is het totale ledenbestand gebruikt. Medio december 2001 zijn aan de 17 beroepsgroepen in totaal 2.490 vragenlijsten verzonden. De eerste gegevens zijn in januari 2001 gepresenteerd op het CBO-symposium rond de CBO-richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten. Eind februari 2001 zijn reminders verzonden.

Vragenlijst. Op basis van de conceptversie van de richtlijn (december 2001) is een korte vragenlijst samengesteld. De vragenlijst bevatte vier delen: a) enkele persoonsgegevens; b) vragen naar opinies over aanbevelingen in de richtlijn, c) vragen over verwachte weerstanden bij patiënten en hulpverleners, d) vragen over het werken met richtlijnen in het algemeen. Alle vragen naar opvattingen gebruikten een driepuntschaal met de categorieën 'oneens', 'eens noch oneens', 'eens'.

Analyse. Alleen geïnccludeerd zijn vragenlijsten van respondenten die aangaven verantwoordelijk te zijn voor de diagnose en/of behandeling van patiënten met lage rugpijn. Alle beroepsgroepen kregen dezelfde vragenlijst, wat impliceert dat voor sommige beroepsgroepen een aantal vragen niet relevant is. Verzocht werd deze vragen open te laten.

Resultaten

In totaal werden 1066 vragenlijsten (43%) ontvangen. Na exclusie van vragenlijsten van mensen die geen verantwoordelijkheid hadden voor patiëntenzorg van rugpijnpatiënten, bleven 978 vragenlijst over voor de analyse. In *tabel 1* is de respons per beroepsgroep weergegeven en het aantal respondenten dat in de analyse werd meegenomen.

Tabel 1. Steekproefgegevens

	Respons	N in analyse
Huisarts (HA)	47%	70
Bedrijfsarts (BA)	46%	67
Verzekeringsarts (VA)	31%	42
Revalidatiearts (Rev)	49%	59
Orthopedisch chirurg (OR)	49%	79
Neuroloog (NE)	24%	87
Neurochirurg (NC)	44%	57
Rheumatoloog (RH)	48%	62
Anesthesioloog (AN)	23%	75
Radioloog (Rad)	39%	72
Chiropractor (CP)	50%	72
Manueel therapeut (MT)	42%	31
Fysiotherapeut (FT)	54%	38
Mensendieck-therapeut (MD)	59%	72
Cesar-therapeut (CT)	39%	23
Ergotherapeut (ER)	63%	56
Psycholoog (PS)	23%	16
TOTAAL		978

Mening over aanbevelingen in de richtlijn

De aanbevelingen omtrent diagnostiek worden door een meerderheid onderschreven (80-90% is het ermee eens), met uitzondering van de aanbeveling dat bij afwezigheid van rode vlaggen beeldvormende diagnostiek niet zinvol is (20-40% oneens).

Ook veel aanbevelingen voor behandeling van acute patiënten worden onderschreven door een ruime meerderheid. Bij deze aanbevelingen is vaak niet meer dan 5-10% het oneens, hoewel er wel variatie tussen beroepsgroepen is. Minder breed ondersteund (20-40% oneens) zijn met name de aanbevelingen om geen bedrust te adviseren, manipulatie als onderdeel van activerend beleid te gebruiken, geen massage te doen, geen gedragstherapie, geen multidisciplinaire aanpak en geen rugscholing te bieden.

De aanbevelingen voor behandeling van chronische patiënten laten hetzelfde beeld zien: veelal is een meerderheid het eens. Bij een aantal aanbevelingen is 20-40% het oneens. Dit geldt met name voor de aanbevelingen omtrent het gebruik van manipulatie als onderdeel van een activerend beleid, geen TENS, EMG-biofeedback of massage toe te passen, en niet langdurig pijnmedicatie te geven.

Verwachte weerstanden en knelpunten

Het blijkt dat ongeveer 20-30% van de respondenten verwacht dat directe collega's, medisch specialisten, huisartsen of bedrijfsartsen weerstand hebben tegen de richtlijn. Weerstand bij fysiotherapeuten wordt door 40-50% verwacht en weerstand bij patiënten door 50-60% van de respondenten. Ongeveer 40-60% van de respondenten onderschrijft problemen als 'kost veel tijd', 'vereist financiële vergoeding', 'ik mis kennis', 'ik mis vaardigheden', 'bepaalde adviezen zijn onjuist'. Circa 20-30% vindt dat de richtlijn niet past bij de huidige manier van werken.

Conclusies

Veel aanbevelingen worden door een ruime meerderheid van de ondervraagden onderschreven. Bij een aantal aanbevelingen, die hierboven zijn genoemd, bestaat een aanzienlijke minderheid (20-40%) die het oneens is met de aanbeveling. Eveneens verwacht een aanzienlijke minderheid weerstand bij andere beroepsgroepen in de patiëntenzorg. Problemen voor implementatie van richtlijnen in het algemeen worden onderschreven door ongeveer de helft van de respondenten. Implementatie zou zich moeten richten op deze factoren: gebrek aan bepaalde kennis en vaardigheden, negatieve attitude ten aanzien de richtlijn, tijdsbeslag en materiële ondersteuning. Bij de interpretatie van de gegevens moet de lage respons in sommige beroepsgroepen in acht worden genomen.

Illustratie: grafieken

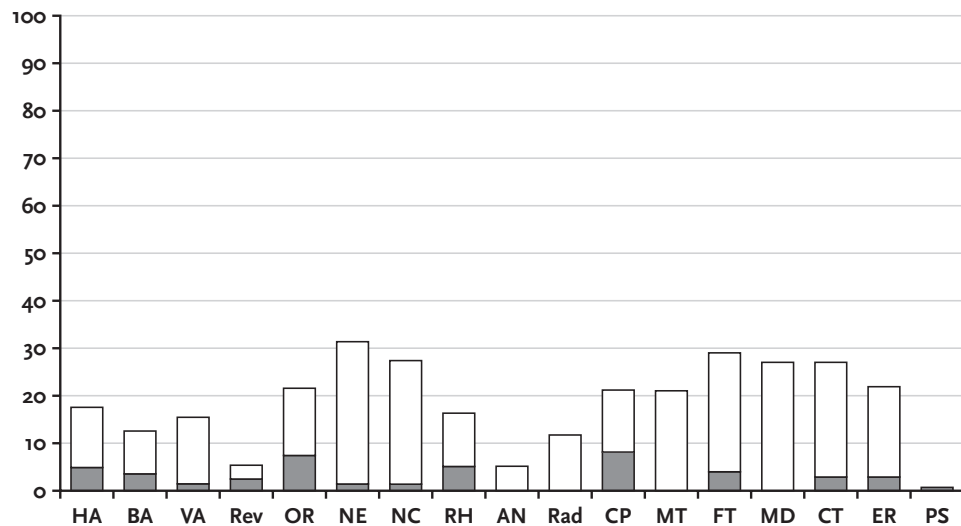
Ter illustratie zijn op de volgende pagina's enkele grafieken bijgevoegd. In deze grafieken wordt per beroepsgroep het percentage respondenten weergegeven dat het 'oneens' is met de stelling (zwarte balk) en het percentage respondenten dat het 'eens noch oneens' is met de stelling.

Verantwoording

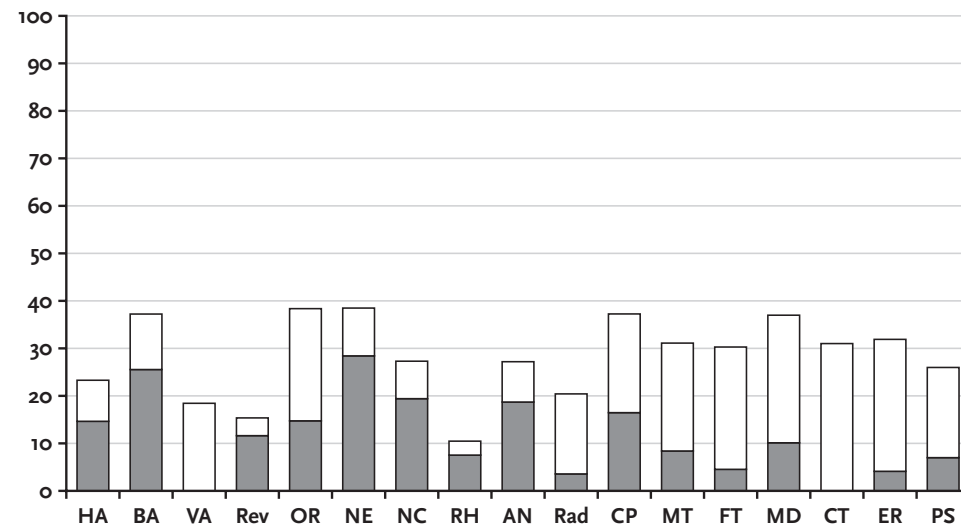
Deze knelpuntenanalyse is uitgevoerd door de WOK-Centre for Quality of Care Research, UMC St Radboud (drs. A. Engers, dr. M. Wensing). Het volledige rapport met alle grafieken is hier te bestellen.

Ter illustratie enkele grafieken.

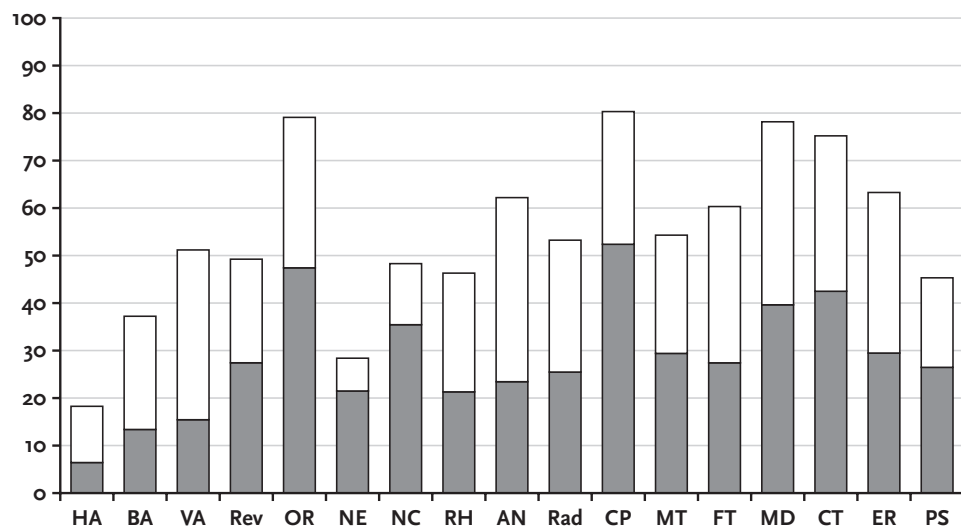
Het multifactorieel model dient uitgangspunt te zijn voor de diagnostiek



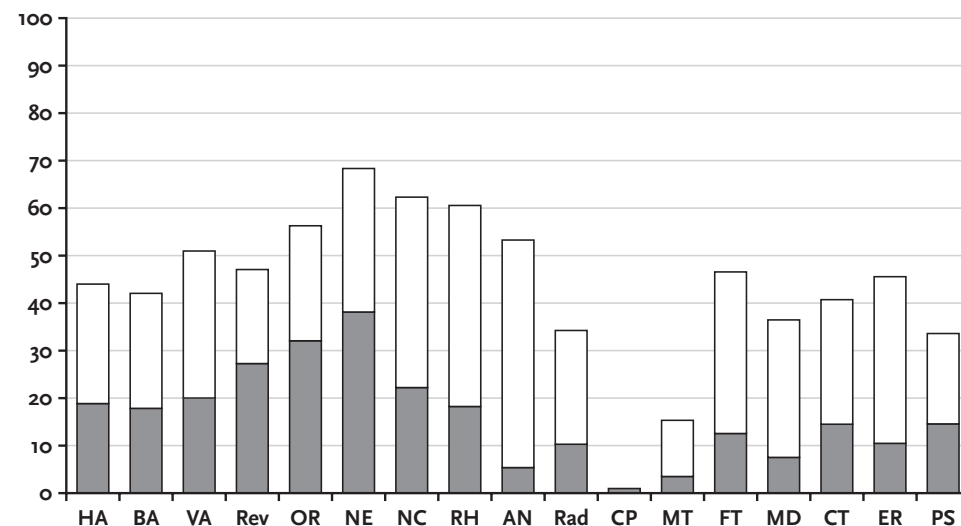
Bij acute klachten: paracetamol eerste keus, bij onvoldoende effect NSAID's



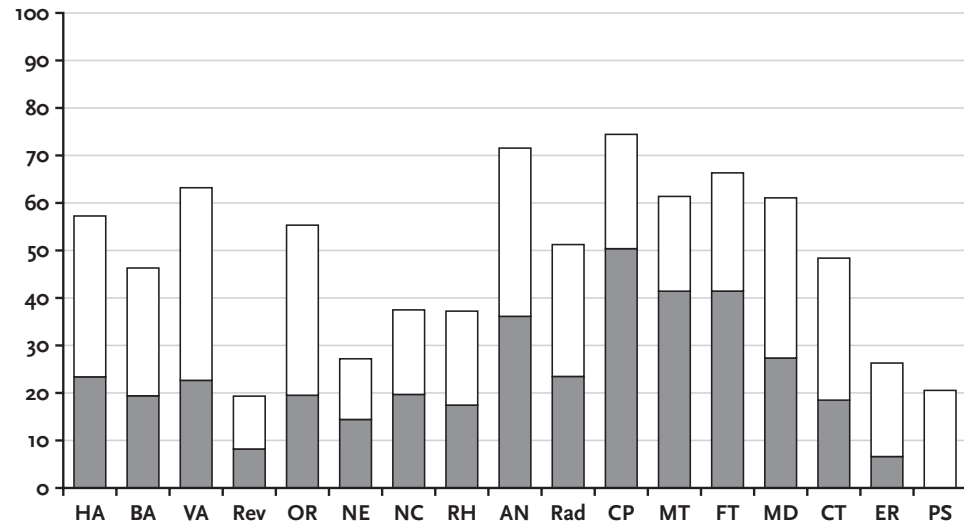
Bij afwezigheid van rode vlaggen bij lage rugpijn is beeldvormende diagnostiek niet zinvol



Manipulatie kan worden gebruikt als onderdeel van activerend beleid bij patiënten met chronische lage rugpijn die niet terugkeren naar hun normale activiteitsniveau



Bij chronische klachten: geen massage



Bij chronische klachten: geen operatieve ingrepen

