

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Aspecifieke lagerugpijn

Faber E, Custers JWH, Van Ederen C, Bout J, Cinjee G, Kolnaar BGM, Schotsman R, Spinnewijn WEM, Staal JB, Ten Cate A, Wildervanck-Dekker CMJ. *Huisarts Wet* 2008;51(9):S5-S9.

Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Aspecifieke lagerugpijn is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). De LESA geeft richtlijnen voor samenwerking tussen huisartsen, fysiotherapeuten, manueel therapeuten en oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck (oefentherapeuten C/M) bij het verlenen van zorg aan patiënten met lagerugpijn en houdt daarbij rekening met de verschillen tussen deze beroepsgroepen in taken en verantwoordelijkheden. Bij patiënten met lagerugpijn is het beleid van eerste keuze een activerend beleid waarbij de patiënt wordt gestimuleerd om lichamelijk actief te zijn en te oefenen.

Samenwerking en afstemming tussen huisartsen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten is dan ook van groot belang voor patiënten met lagerugpijn. Met de directe toegankelijkheid van fysiotherapie sinds 2006 en de directe toegankelijkheid van de oefentherapeut vanaf juli 2008 is het belang van werkafspraken tussen huisartsen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten nog groter geworden. Het maken van werkafspraken tussen huisartsen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten in de regio stimuleert eenduidigheid en afstemming in de gehanteerde methoden van aanpak. Dit bevordert de samenhang in het beleid en de uniformiteit van handelen in de eerste lijn.

Het NHG, het KNGF en de VvOCM beogen met deze LESA overeenstemming te bereiken over de onderlinge verdeling van verantwoordelijkheden en taken tussen huisarts, fysiotherapeut en oefentherapeut, en hiermee de samenwerking te optimaliseren. In deze LESA staan globale richtlijnen. Het verdient aanbeveling dat huisartsen, fysiotherapeuten, manueel therapeuten en oefentherapeuten regionaal deze richtlijnen bespreken en aan de hand hiervan werkafspraken maken over het beleid bij lagerugpijn.

Voor het formuleren van de aanbevelingen in deze LESA is de werkgroep uitgegaan van

de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (2005)¹, de KNGF-Richtlijn Lage-rugpijn (2001)², de KNGF-Richtlijn Manuele Therapie bij Lage Rugpijn (2003)³, de VvOCM-conceptrichtlijn lage-rugklachten (2007)⁴, de multidisciplinaire richtlijn lage rugklachten van het CBO (2003)⁵ en waar nodig consensus van de werkgroep. Voor gedetailleerde diagnostische en therapeutische richtlijnen wordt verwezen naar de hierboven genoemde richtlijnen van NHG, KNGF en VvOCM.

De belangrijkste discussiepunten in de werkgroep waren: wat zijn de belangrijkste verschillen in zorgaanbod tussen een fysiotherapeut, een oefentherapeut C/M en een manueel therapeut; kunnen we aangeven welke patiënt naar welke hulpverlener moet worden verwezen; hoe werkt het met directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut en de oefentherapeut; welke afspraken maken wij rond samenwerking, verwijzing en afstemming?

Achtergronden

Begrippen

- ▶ Lagerugpijn. Waar in deze LESA lagerugpijn staat wordt aspecifieke lagerugpijn bedoeld. Onder aspecifieke lagerugpijn wordt rugpijn verstaan in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien, waarbij geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar is. Aspecifieke lagerugpijn gaat soms gepaard met pijn in een of beide (boven)benen, zonder dat er sprake is van een radiculair syndroom.
- ▶ Beloop van lagerugpijn. Lagerugpijn wordt naar beloop ingedeeld in drie fasen: acuut (0-6 weken), subacuut (6-12 weken) en chronisch (> 12 weken). Om praktische redenen wordt in deze LESA onderscheid gemaakt tussen een normaal en een afwijkend beloop:
 - Normaal beloop. Bij een normaal beloop nemen de klachten binnen drie weken af en neemt de participatie (deelname aan het maatschappelijk leven) toe. Dit houdt niet in dat de lagerugpijn binnen die periode altijd geheel verdwijnt, maar dat de lagerugpijn het uitvoeren van activiteiten en participatie niet (meer) in de weg staat. Het normale beloop is het te verwachten beloop bij lagerugpijn.
 - Afwijkend beloop. Van een afwijkend beloop is sprake als binnen drie weken na aanvang van de klachten de pijn niet afneemt en de beperkingen bij het

uitvoeren van activiteiten niet verminderen.

- ▶ Fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut C/M. De fysiotherapeut, de manueel therapeut en de oefentherapeut C/M zijn allen deskundig op het gebied van het behandelen van lagerugpijn. De accenten in de behandeling verschillen per beroepsgroep. De LESA beoogt geen gedetailleerde beschrijving te geven van deze verschillen.

Epidemiologie

Aspecifieke lagerugpijn is een veel voorkomend probleem. Van de westerse bevolking krijgt 60-90% ten minste éénmaal in het leven lagerugpijn. Aspecifieke lagerugpijn heeft aanzienlijke sociaal-economische gevolgen, in de vorm van ziektekosten en uitkeringen wegens ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

De incidentie van lagerugpijn in de huisart-

Kernpunten

- De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Aspecifieke lagerugpijn is het resultaat van overleg tussen huisartsen, fysiotherapeuten, manueel therapeuten en oefentherapeuten C/M over verdeling van verantwoordelijkheden en taken bij de begeleiding en behandeling van patiënten met aspecifieke lagerugpijn.
- Diagnostiek en behandeling van lagerugpijn kunnen worden uitgevoerd door de huisarts, de (manueel) fysiotherapeut of de oefentherapeut C/M. De patiënt kan de fysiotherapeut, manueel therapeut of de oefentherapeut C/M ook direct consulteren, zonder verwijzing.
- In de LESA worden zowel de taken beschreven die behoren tot het specifieke werkgebied van huisartsen, (manueel) fysiotherapeuten en oefentherapeuten C/M als de taken die behoren tot het gezamenlijke werkgebied. Daarnaast wordt aangegeven op welke momenten afstemming en/of samenwerking nodig is.
- Deze LESA geeft aandachtspunten die het overleg op lokaal of regionaal niveau kunnen structureren en op basis waarvan huisartsen, (manueel) fysiotherapeuten en oefentherapeuten C/M in regionaal verband werkafspraken kunnen maken.

senpraktijk is 36 per 1000 patiënten per jaar. De prevalentie in de huisartsenpraktijk is 55 per 1000 patiënten. Bij mannen wordt de aandoening vrijwel even vaak vastgesteld als bij vrouwen. Voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten is lagerugpijn de meest voorkomende verwijfsdiagnose: 27% van alle patiënten die de fysiotherapeut bezoeken, heeft lagerugpijn. Voor oefentherapeuten is dit percentage 32%.⁶

De prognose van specifieke lagerugpijn is goed, in die zin dat de klachten en hinder in de meeste gevallen snel afnemen. Het normale beloop is dat acute lagerugpijn binnen twee à drie weken vermindert. Wanneer de pijn en beperkingen na twee à drie weken niet zijn afgenomen, spreekt men van een afwijkend beloop. Lagerugpijn recidiveert in gemiddeld driekwart van de gevallen binnen een jaar.

Diagnostiek

De diagnostiek bij lagerugpijn bestaat uit een anamnese en lichamelijk onderzoek. De zorgverlener gaat na of er alarmsignalen of zogenoemde rode vlaggen (zie kader Signalen) zijn, of aanwijzingen voor een specifieke oorzaak van de lagerugpijn. Indien deze signalen er niet zijn, is er sprake van specifieke lagerugpijn.

Huisarts

De huisarts neemt de anamnese af en doet lichamelijk onderzoek, en gaat na of er

Inbreng van de patiënt

Een LESA geeft aanbevelingen voor samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners. Doel is dat patiënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste hulp krijgen met behoud van de continuïteit in de zorg.

Hulpverleners in de eerste lijn stellen altijd in samenspraak met de patiënt het beleid vast en stemmen hun behandeling af op de hulpvraag van de patiënt. Zij houden daarbij rekening met diens specifieke omstandigheden. Om praktische redenen staat dit niet overal expliciet in de LESA vermeld. Hulpverleners erkennen de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en stemmen de voorlichting daarop af.

Afweging door de hulpverlener

Een LESA geeft algemene aanbevelingen die de hulpverlener in de eerste lijn houvast bieden. Het persoonlijk inzicht van de hulpverlener blijft echter altijd van belang. In een concrete situatie kan het gerechtvaardigd zijn om beredeneerd van de LESA af te wijken.

ICF International Classification of Functioning, Disability, and Health⁷

In 2001 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) gepubliceerd. De Nederlandse vertaling van de ICF is verschenen in 2002. De ICF is een begrippenkader waarmee het mogelijk is het functioneren van mensen en de eventuele problemen die mensen in het functioneren ervaren te beschrijven plus de factoren die op dat functioneren van invloed zijn.

Met de ICF kan iemands functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven: functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie.

► **Functies** zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme. *Anatomische eigenschappen* betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Is een functie of anatomische eigenschap niet optimaal, dan spreekt men van een *stoornis*.

► **Activiteiten** zijn onderdelen van iemands handelen. Voorbeelden zijn: zitten, schoonmaken, communiceren en nemen van beslissingen. Zijn er problemen met het uitvoeren van een activiteit dan spreekt men van een *beperking*.

► **Participatie** betreft iemands deelname aan het maatschappelijk leven. Voorbeelden zijn: deelnemen aan het verkeer, een eigen huishouden hebben, een (betaalde) baan hebben en houden. *Participatieproblemen* zijn problemen die iemand heeft met de deelname aan het maatschappelijk leven.

In de ICF is onderkend dat het menselijk functioneren door verschillende factoren (gezondheidsdeterminanten of risicofactoren) wordt beïnvloed. Dat zijn *medische factoren* (de ziekte, de aandoening of het letsel dat iemand heeft), *persoonlijke factoren* (zoals leeftijd, geslacht, opleiding, persoonlijkheid, bewegings- en voedingsgewoonten) en *externe factoren* (iemands fysieke en sociale omgeving).

alarmsignalen zijn (zie kader) die kunnen wijzen op een specifieke oorzaak. Bij specifieke lagerugpijn zijn beeldvormende diagnostiek en laboratoriumonderzoek niet zinvol. De huisarts schat de mate van disfunctioneren in. Bij lagerugpijn waarbij binnen drie weken de pijn niet is afgenomen of bij frequent recidiverende specifieke lagerugpijn gaat de huisarts na of er psychosociale risicofactoren voor een chronisch beloop aanwezig zijn (zie kader), zoals inadequaat ziektegedrag.

Directe toegankelijkheid Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Een patiënt met lagerugpijn kan door de huisarts of bedrijfsarts worden verwezen naar een fysiotherapeut of oefentherapeut C/M. De patiënt kan ook direct een fysiotherapeut of oefentherapeut C/M consulteren. Sinds 1 januari 2006 biedt de wet patiënten de mogelijkheid om zonder verwijzing van een arts een fysiotherapeut te consulteren: directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF). Per 1 juli 2008 is ook de oefentherapeut C/M direct toegankelijk: directe toegankelijkheid oefentherapie (DTO).

In geval van DTF of DTO voert de behandelaar eerst een screening uit om na te gaan of verder fysiotherapeutisch of oefentherapeutisch C/M onderzoek geïndiceerd is. Met screening wordt in dit kader een kort onderzoek van de patiënt bedoeld waarmee de behandelaar vaststelt of de patiënt bij de betreffende therapeut aan het juiste adres is.

Wanneer uit de screening blijkt dat er sprake is van één of meer klachten of sympto-

men die niet bij het normale patroon van specifieke lagerugpijn passen (bijvoorbeeld bij alarmsignalen of zogenoemde 'rode vlaggen', zie kader), informeert de behandelaar de patiënt over deze bevindingen en adviseert hij de patiënt om contact op te nemen met de (huis)arts. Indien uit deze screening blijkt dat er sprake is van een patroon van tekenen en/of symptomen dat binnen het competentiegebied van de individuele behandelaar valt, vervolgt deze met diagnostiek.

Fysiotherapeut

Het doel van het fysiotherapeutisch-diagnostisch proces bij lagerugpijn is het inventariseren van de aard en ernst van de pijn, en van de mate waarin deze door de fysiotherapeut beïnvloedbaar zijn. De fysiotherapeut bestudeert de medische gegevens, neemt een anamnese af en voert een lichamelijk onderzoek uit.

De diagnostiek is gericht op de vraag of er sprake is van een normaal of een afwijkend beloop van de lagerugpijn. De fysiotherapeut besteedt aandacht aan stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en participatiemogelijkheden, en aan persoonlijke en omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op activiteiten en participatie (zie kader ICF). Bij een afwijkend beloop beantwoordt de fysiotherapeut de volgende twee vragen:

► zijn er aanwijzingen voor de aanwezigheid van psychosociale risicofactoren die de klachten in stand houden of verergeren?

- zijn de relevante stoornissen, beperkingen en participatieproblemen, alsmede de eventueel geconstateerde psychosociale risicofactoren, door fysiotherapie te beïnvloeden?

Manueel therapeut

Een manueel therapeut is een fysiotherapeut met een aanvullende opleiding manuele therapie. Het diagnostische proces van de manueel therapeut is voor het grootste deel gelijk aan dat van de fysiotherapeut. De manueel therapeut besteedt extra aandacht aan stoornissen in het functioneren van gewrichten, spieren of zenuwen.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Het oefentherapeutisch-diagnostische proces bestaat uit anamnese en onderzoek. De oefentherapeut C/M bekijkt en analyseert samen met de patiënt diens lichaamshouding en manier van bewegen in relatie tot de klachten. De oefentherapeut richt zich op het functioneren van de patiënt in het dagelijks leven en op factoren die het functioneren, het herstel en de aanpassingsprocessen

van de patiënt belemmeren. Psychosociale risicofactoren en comorbiditeit worden in dit proces meegenomen. De oefentherapeut C/M onderzoekt de mate van variatie en adaptatie van bewegingsstrategieën van een patiënt. Een bewegingsstrategie is de wijze waarop een patiënt een beweging uitvoert. De oefentherapeut C/M onderzoekt de coördinatie van de bewegingen van de patiënt tijdens het uitvoeren van taken zoals zitten, staan, lopen, bukken en tillen, en tijdens activiteiten die voor de patiënt van belang zijn. Daarna volgt het onderzoek naar de mogelijkheden voor oefentherapeutische beïnvloeding.

Behandeling

Het belangrijkste doel van de behandeling is het bevorderen van herstel en participatie. Dit doet de zorgverlener door te bevorderen dat de patiënt weer in beweging komt en actief wordt dan wel in beweging en actief blijft, en zo veel mogelijk normaal blijft functioneren wat betreft werk, huishouden, hobby's en dergelijke.

Behandeling van aspecifieke lagerugpijn met een normaal beloop

Bij aanvang van de klachten ligt het accent van de behandeling op voorlichting en advies. Wanneer een patiënt een huisarts, fysiotherapeut, oefentherapeut C/M of manueel therapeut consulteert, besteedt deze hier in één consult aandacht aan.

Daarnaast kan de huisarts medicatie voorschrijven conform de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn.

Verwijzing voor oefentherapie naar een fysiotherapeut of oefentherapeut C/M en verwijzing voor manipulatie naar een manueel therapeut wordt in deze fase niet geadviseerd.

Behandeling van aspecifieke lagerugpijn met een afwijkend beloop

Huisarts

Na zes weken, of eerder indien de klachten binnen drie weken na het begin niet of onvoldoende verbeteren dan wel recidiveren, herhaalt de huisarts anamnese en onderzoek en gaat opnieuw na of er alarmsignalen aanwezig zijn. De huisarts gaat tevens opnieuw na of er factoren zijn die in de beleving van de patiënt met de lagerugpijn te maken hebben en vraagt of er sprake is van werkverzuim, waaruit het werk bestaat en welke dagelijkse activiteiten niet mogelijk zijn. De nadruk in deze fase ligt op het voorkomen van ontwikkeling tot chronische aspecifieke lagerugpijn.

De huisarts kan zelf een behandelplan opstellen, gericht op stapsgewijze verbetering

van het dagelijks functioneren, of de patiënt voor oefentherapie verwijzen naar de fysiotherapeut of oefentherapeut C/M. Naar wie de huisarts verwijst is afhankelijk van lokale beschikbaarheid en expertise van de therapeut. In bepaalde gevallen kan de huisarts ook verwijzen naar een manueel therapeut (zie hiervoor de informatie onder het kopje *manueel therapeut*). In geval van verwijzing kan de huisarts met de patiënt een afspraak maken voor een tussenevaluatie waarin zij samen nagaan of de behandeling het gewenste effect heeft en of verdere behandeling nodig is. Indien de patiënt daar behoefte aan heeft, schrijft de huisarts pijnstillers voor.

Wanneer de klachten niet verminderen (na twaalf weken worden de klachten chronisch genoemd) of bij frequente recidieven herhaalt de huisarts zo nodig anamnese en onderzoek en gaat weer na welke activiteiten (inclusief werk) de patiënt niet of minder goed kan uitvoeren. In dit stadium kan een fysiek en gedragsgeoriënteerd bewegingsprogramma bevorderen dat men weer op het oude activiteitsniveau terugkomt. Bij langdurig bestaande lagerugpijn bestaat de taak van de huisarts uit het beperken van langdurige behandelingen en onderzoeken die niet zinvol zijn, en het bevorderen dat de patiënt de status quo leert te accepteren indien er geen verbetering meer optreedt.

Fysiotherapeut

Bij patiënten met een afwijkend beloop zijn informatie en advies en het oefenen van functies en activiteiten de belangrijkste verrichtingen. Doel is het vergroten van kennis en inzicht en het opbouwen van de activiteiten en participatie. Daarmee leert de patiënt adequaat om te gaan met de klachten, nieuwe klachten te voorkomen en hoe te handelen bij recidieven en exacerbaties.

De fysiotherapeut geeft de patiënt informatie over de aard en het beloop van lagerugpijn, de relatie tussen belasting en belastbaarheid en het belang van een actieve leefstijl.

Bij chronische lagerugpijn (langer dan twaalf weken) bestaat de behandeling uit oefentherapie, uitgaande van een gedragsgeoriënteerde benadering. De patiënt oefent volgens een vaststaand oefenschema met stapsgewijze toename in belasting ('graded activity'). De patiënt oefent ook thuis en houdt zich daarbij aan het vastgestelde schema. Doel van deze benadering is om activiteiten en participatie (bijvoorbeeld werkhervatting) te stimuleren ondanks eventueel aanwezige pijnklachten (tijdcontingente behandeling in plaats van pijncontingente behandeling).

Alarmsignalen of 'rode vlaggen'

Dit zijn signalen die mogelijk kunnen wijzen op een specifieke oorzaak van lagerugpijn. Voorbeelden zijn:

- eerste begin van rugpijn optredend voor het 20e of na het 55e jaar;
- trauma;
- constante progressieve rugpijn;
- maligne aandoening in de voorgeschiedenis;
- langdurig gebruik van corticosteroïden;
- druggebruik, immunosuppressie, hiv;
- (regelmatig) algemene malaise;
- onverklaard gewichtsverlies;
- neurologische uitval (motorische uitval, sensibiliteitsstoornissen en/of mictiestoornissen);
- infectieuze aandoening.

Bij vermoeden van of aanwezigheid van dergelijke alarmsignalen door de (manueel) fysiotherapeut of oefentherapeut C/M, informeert deze de patiënt en adviseert de patiënt om contact op te nemen met de huisarts.

Psychosociale risicofactoren of 'gele vlaggen'

Psychosociale risicofactoren kunnen wijzen op een verhoogde kans dat de lagerugpijn langer aanhoudt of chronisch wordt. Voorbeelden zijn:

- inadequaate ziektegedrag;
- (bewegings)angst;
- catastroferende gedachten over pijn;
- problemen op het werk.

Manueel therapeut

De manueel therapeut kan de volgende groepen patiënten aanvullend behandelen met manipulatie en/of mobilisatie:

- ▶ patiënten met kortdurende klachten bij wie na twee tot drie weken geen afname van pijn en toename van activiteiten plaatsvindt;
- ▶ patiënten met een afwijkend beloop zonder psychosociale risicofactoren;
- ▶ patiënten met een tijdelijke opleving van klachten.

Onder mobilisatie en manipulatie wordt verstaan: het helpen bij het normaliseren van de beweeglijkheid van gewrichten, spieren en zenuwen. Bij mobilisatie van gewrichten wordt het gewricht in de beperkte richting in eindstand gebracht en gedurende enige tijd in die stand gehouden. Bij manipulatie wordt het gewricht in eindstand gebracht en wordt in de beperkte richting een kleine en snelle beweging voorbij de rekgrens uitgevoerd. Doel hiervan is het vergroten van de mobiliteit van het gewricht en het verbeteren van spiertonus, proprioceptie en trofiek.

Oefentherapie Cesar/Mensendieck

De oefentherapie C/M heeft tot doel de patiënt bewust te maken van en inzicht te geven in diens houdings- en bewegingsgedrag, en het arsenaal aan bewegingsstrategieën uit te breiden. De oefentherapie C/M is gericht op functioneel bewegen en gedragsverandering op de lange termijn. De oefentherapeut C/M maakt daartoe gebruik van oefeningen en houdings- en bewegingsadviezen, waardoor de patiënt leert zelf het evenwicht in de belasting en de belastbaarheid te brengen en te behouden.

Omdat patiënten op verschillende wijze hun manier van bewegen aanpassen aan de lagerugpijn richt de oefentherapeut zich sterk op het individuele patroon. Welke compensatiestrategie en welk houdings- en bewegingspatroon heeft de patiënt zichzelf aangeleerd? Hoe kunnen de houdings- en bewegingsadviezen worden toegepast in het dagelijks leven en in de werksituatie? De oefentherapeut informeert de patiënt over diens individuele mogelijkheden om de klachten te voorkomen, te hanteren of te verminderen. Om de participatie te optimaliseren geeft de oefentherapeut de patiënt gerichte oefeningen mee voor de thuissituatie.

Oefentherapeuten C/M leggen de nadruk op bewustwording van het bewegingspatroon, en daarnaast op het bevorderen van de belastbaarheid van de patiënt door het verbeteren van de spierkracht en de algemene fysieke conditie.

Voorlichting

De voorlichting en adviezen aan de patiënt zijn erop gericht dat de patiënt voldoende in beweging blijft en voldoende rust neemt. Bij sommige patiënten is hiervoor een activerende benadering nodig, bij anderen een remmende benadering.

De behandelaar besteedt in elk geval aandacht aan de aard en oorzaak en aan het normale beloop van lagerugpijn. De behandelaar gaat daarbij ook in op de verwachtingen van de patiënt.

De huisarts kan de patiënt de NHG-Patiëntenbrieven⁸ 'Gewone lagerugpijn' en/of 'Tips bij lagerugpijn' meegeven. De fysiotherapeut, manueel therapeut en oefentherapeut C/M hebben elk hun eigen patiëntenfolder die zij aan de patiënt kunnen meegeven.

Het is belangrijk dat de informatie en adviezen van de verschillende zorgverleners op elkaar zijn afgestemd.

Lagerugpijn en werk

De zorgverlener gaat regelmatig na of de patiënt vanwege de lagerugpijn belemmeringen ervaart in het werk of verzuimt van het werk. Bij werkverzuim adviseert de zorgverlener de patiënt het werk zo spoedig mogelijk te hervatten en zo nodig contact op te nemen met de bedrijfsarts voor verdere afspraken over eventuele begeleiding bij de werkhervatting.

Verwijzen en afstemmen

Start samenwerking bij verwijzing door huisarts

Wanneer de huisarts een patiënt met een afwijkend beloop verwijst naar een fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut, gebeurt dat met een zo helder mogelijke vraagstelling. De huisarts geeft de volgende informatie: uitkomsten van anamnese en onderzoek, eventueel eerdere behandeling, relevante medicatie, relevante voorgeschiedenis en comorbiditeit.

De huisarts kan een patiënt ook voor een eenmalig diagnostisch consult verwijzen naar een fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut C/M. Doel van dit consult is het inschatten van de mate van beïnvloedbaarheid van de klachten door fysiotherapie, manuele therapie of oefentherapie C/M.

Start samenwerking bij DTF/DTO

De patiënt kan zich ook zonder verwijzing melden bij een fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut C/M voor behandeling van lagerugpijn. Wanneer deze uit de screening concludeert dat er sprake is van een patroon van tekenen en/of symptomen dat binnen zijn competentiegebied valt, vervolgt hij met de diagnostiek. Zo niet, dan wordt de patiënt geadviseerd contact op te

nemen met de huisarts.

De fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut C/M gaat na of de patiënt diens huisarts heeft geïnformeerd over de klachten en vraagt na of hij bij de huisarts informatie mag opvragen over de medische geschiedenis voorzover die van belang is voor de huidige klachten. Ook vraagt hij toestemming om de huisarts te informeren over de uitkomsten van de screening en de voortgang van de behandeling.

De behandelend therapeut kan ook besluiten dat de patiënt beter door een andere fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut C/M behandeld kan worden en kan de patiënt adviseren hiervoor contact op te nemen met de betreffende therapeut. De verwijzende therapeut vraagt de patiënt toestemming om zijn collega te informeren over de bevindingen uit anamnese en onderzoek en over de reden van verwijzing.

Afstemming en (terug)verwijzing

Wanneer de fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut C/M tijdens diagnostiek of behandeling aanwijzingen vindt voor de aanwezigheid van alarmsignalen (zie kader), verwijst deze de patiënt naar de huisarts voor nadere diagnostiek.

De fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut C/M informeert de huisarts ten laatste na afloop van de behandeling over de behaalde resultaten.

Wanneer het herstel van de patiënt stagneert of de patiënt om andere redenen de vooraf gestelde behandeldoelen niet haalt, informeert de behandelend therapeut de huisarts hierover.

Aandachtspunten voor bespreking in de regio

De aanbevelingen uit deze LESA kunnen in een lokaal of regionaal overleg worden omgezet in werkafspraken. Onderstaande punten kunnen hiervoor extra handvatten bieden.

- ▶ Wanneer worden patiënten doorverwezen naar welke therapeut?
- ▶ Vindt er bij verwijzing door de huisarts een tussenevaluatie van de behandeling plaats? Welke werkafspraken worden hierover gemaakt?
- ▶ Hoe vindt onderlinge afstemming plaats van de werkwijze en verantwoordelijkheden?
- ▶ Welke werkafspraken worden gemaakt over rapportage en terugverwijzing?
- ▶ Zijn het voorlichtingsmateriaal en de adviezen van de zorgverleners op elkaar afgestemd?
- ▶ Welke therapeuten (fysiotherapeuten, manueel therapeuten en oefentherapeuten C/M) zijn beschikbaar in de regio?

- ▶ Wat is de expertise van deze therapeuten in de regio?
- ▶ Zijn er regionaal gespecialiseerde centra op het gebied van lagerugpijn?

Totstandkoming

In juli 2007 startte een werkgroep van huisartsen, fysiotherapeuten, manueel therapeuten en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: dr. B. Kolnaar, R. Schotsman, dr. W.E.M. Spinnewijn, C.M.J. Wildervanck-Dekker, allen huisarts, en dr. E. Faber, wetenschappelijk medewerker NHG. Namens het KNGF hadden zitting: dr. J.B. Staal, fysiotherapeut-epidemioloog, J. Bout, manueel therapeut, en dr. J.W.H. Custers, senior beleidsmedewerker KNGF. Namens de VvOCM hadden zitting G. Cinjee, oefentherapeut Cesar, A. ten Cate, oefentherapeut Mensendieck, en mr. C. van Ederen, kwaliteitsfunctionaris landelijk VvOCM.

In maart 2008 is een conceptversie ter commentariëring voorgelegd aan een steekproef van 50 huisartsen (NHG-leden), 50 fysiotherapeuten en manueel therapeuten (KNGF-leden) en 50 oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM-leden). Er werd commentaar ontvangen van 21 huisartsen, 17 fysiotherapeuten (waarvan 10 tevens manueel therapeut) en 34 oefentherapeuten. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: W.J. Lubbers, huisarts te Hilversum; dr. H.J.M. Hendriks, Universiteit van Maastricht; prof. dr. R.A. de Bie, Universiteit van Maastricht; C.T. Bos-Droog, oefentherapeut Mensendieck te Den Haag; drs. H. Hlobil, bedrijfsarts KLM Health Services; M. Heymans, manueel therapeut te Heeswijk-Dinther.

Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In mei 2008 is de concepttekst door het NHG, het KNGF en de VvOCM bestuurlijk vastgesteld.

De coördinatie was in handen van dr. E. Faber

(NHG), dr. J. Custers (KNGF) en mr. C. van Ederen (VvOCM).

S. Flikweert, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker van het NHG, was als projectleider betrokken bij het realiseren van deze LESA. Namens het KNGF was drs. Ph. van der Wees, manager afdeling Beleid en Ontwikkeling, als projectleider betrokken.

Via het Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO, <http://www.neonetwerk.nl>) werd subsidie van het ministerie van VWS verkregen voor de totstandkoming van de LESA Aspecifieke lagerugpijn.

© 2008 Nederlands Huisartsen Genootschap, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Literatuur

Bij verwijzingen naar NHG-producten: zie <http://www.nhg.org>.

Noten

Noot 1

Chavannes AW, Mens JMA, Koes BW, Lubbers WJ, Ostelo R, Spinnewijn WEM, et al. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn. Eerste herziening. Huisarts Wet 2005;48:113-23.

Noot 2

Bekkering GE, Hendriks HJM, Koes BW, Oostendorp RAB, Ostelo RWJG, Thomassen J, et al. KNGF-Richtlijn Lage-rugpijn. Utrecht: KNGF, 2001. Zie ook <http://www.kngf.org>. Deze KNGF-richtlijn wordt momenteel geactualiseerd. De nieuwe KNGF-richtlijn omvat zowel fysiotherapie als manuele therapie. De inhoud van deze LESA is mede gebaseerd op het concept van de nieuwe richtlijn. Waar wordt afgeweken van de bestaande richtlijnen is een referentie naar de wetenschappelijke literatuur opgenomen.

Noot 3

Heijmans WFGJ, Hendriks HJM, Van der Esch M, Pool-Goudzwaard A, Scholten-Peeters GGM, Van Tulder MW. KNGF-richtlijn Manuele Therapie bij Lage-rugpijn. Utrecht: KNGF, 2003. Zie ook <http://www.kngf.org>.

Bredero-Cohen AB, Meijer OG, Luijnenburg-Kroes PE, Martin L, Van Tulder MW, Hendriks HJM. Conceptrichtlijn oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck bij patiënten met aspecifieke lage-rugklachten. Amersfoort, Nederlands Paramedisch Instituut, 2006.

Noot 4

Bredero-Cohen AB, Meijer OG, Luijnenburg-Kroes PE, Martin L, Van Tulder MW, Hendriks HJM. Conceptrichtlijn oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck bij patiënten met aspecifieke lage-rugklachten. Amersfoort, Nederlands Paramedisch Instituut, 2006.

Noot 5

Richtlijn aspecifieke lage rugklachten 2003. Utrecht: CBO, 2003. Zie ook <http://www.cbo.nl/>

Noot 6

Swinkels ICS, Leemrijse C, De Bakker D. Jaarboek LiPZ 2004 Deel 2: Beroepsgroep oefentherapie Cesar. Utrecht: NIVEL, 2005.

Swinkels ICS, Leemrijse C, De Bakker D. Jaarboek LiPZ 2004 Deel 3: Beroepsgroep oefentherapie Mensendieck. Utrecht: NIVEL, 2006.

Noot 7

De ICF, een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn [brochure]. Bilthoven: RIVM, 2002. Zie ook <http://www.rivm.nl/who-icf/htm>.

Noot 8

Beschikbaar via <http://www.nhg.org> > Patiëntenvoorlichting > NHG-Patiëntenbrieven.

