

Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie
nummer 6 / 2003

KNGF-richtlijn
Manuele Therapie bij Lage-rugpijn

Manuele Therapie bij Lage-rugpijn



Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie



Inhoudsopgave

Praktijkrichtlijn	3
Inleiding	3
I Diagnostisch proces	7
I.I Verwijzing en aanmelding	7
I.II Anamnese	7
I.III Analyse ter formulering van de onderzoeksdoelstellingen	8
I.IV Onderzoek	8
I.V Analyse ter formulering van de manueeltherapeutische diagnose	9
I.VI Behandelplan	10
II Therapeutisch proces	10
II.I Behandeling van patiënten met lage-rugpijn in de acute fase (0-6 weken)	10
II.II Behandeling van patiënten met lage-rugpijn in de subacute fase (7-12 weken)	11
II.III Behandeling van patiënten met lage-rugpijn in de chronische fase (>12 weken)	12
II.IV Evaluatie	13
II.V Afsluiting, verslaggeving en verslaglegging	13
III Literatuur	13
Verantwoording en Toelichting	14
A Inleiding	14
A.1 Doelstellingen van de KNGF-richtlijn Manuele therapie bij Lage-rugpijn	14
A.2 Klinische vraagstellingen	15
A.3 Samenstelling en werkwijze werkgroep	15
A.4 Werkwijze werkgroep	15
A.5 Opbouw, producten en implementatie van de richtlijn	15
A.6 Relatie met andere richtlijnen	16
A.7 Afbakening lage-rugpijn	17
A.8 Omvang van het probleem	17
A.9 Prognose en beloop	18
A.10 Manuele therapie in enge en in ruime zin	20
A.11 Indeling van patiënten met lage-rugpijn	20
A.12 Wijze van omgaan met klachten	21
A.13 Samenwerking met andere professies	22
B Diagnostisch proces	23
B.1 Verwijzing/aanmelding	23
B.2 Anamnese	23
B.3 Contra-indicaties	23
B.4 Meetinstrumenten	24
B.5 Analyse ter formulering van de onderzoeksdoelstellingen	24

B.6	Onderzoek	24
B.7	Analyse ter formulering van de manueeltherapeutische diagnose	25
B.8	Behandelplan	27
C	Therapeutisch proces	27
C.1	Aanbevelingen manuele therapie in enge zin	28
C.2	Aanbevelingen oefentherapie	29
C.3	Aanbeveling begeleiden en/of oefenen volgens gedragsgeoriënteerde principes	29
C.4	Toelichting op de behandelprofielen acute fase	32
C.5	Toelichting op de behandelprofielen subacute fase	33
C.6	Toelichting op de behandelprofielen chronische fase	33
C.7	Afsluiting, verslaglegging en verslaggeving	34
D	Juridische betekenis van richtlijnen	34
E	Herziening richtlijn	34
F	Literatuur	36
	Bijlage	39
	Afkortingen en Verklarende woordenlijst	39

Totaalschema

Samenvatting diagnostisch proces
Samenvatting therapeutisch proces

Praktijkrichtlijn

W.F.G.J. Heijmans^I, H.J.M. Hendriks^{II}, M. van der Esch^{III}, A. Pool-Goudzwaard^{IV}, G.G.M. Scholten-Peeters^V, M.W. van Tulder^{VI}, A. de Wijer^{VII}, R.A.B. Oostendorp^{VIII}

Inleiding

Deze richtlijn beschrijft het manueel-diagnostische en -therapeutische proces bij patiënten met aspecifieke lage-rugpijn. Manuele therapie is een door het KNGF erkende verbijzondering van de fysiotherapie. Vanuit de deskundigheid op het terrein van stoornissen in artrogene, musculaire en neurogene functies van het bewegingssysteem en vanuit de kennis van de artrokinematica en osteokinematica, de inzichten in nocisensoriek en pijn en het bewegingssysteem (inclusief de sturende mechanismen), kan de manueeltherapeut gebruikmaken van onder meer specifieke articulaire technieken. Deze specifieke technieken kunnen zowel diagnostisch als therapeutisch worden gebruikt en kenmerken zich door het teweegbrengen van articulaire bewegingen. De Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT) vond een richtlijn als supplement op de reeds bestaande ‘KNGF-richtlijn Lage-rugpijn’¹ wenselijk. De opbouw van beide richtlijnen is identiek. In deze richtlijn is geen onderscheid gemaakt tussen de diverse stromingen binnen de manuele therapie. In de Verantwoording en toelichting worden de gemaakte keuzen uiteengezet, met vermelding van de literatuurverwijzingen. Als bijlage is een woordenlijst opgenomen ter verklaring van de gebruikte afkortingen en begrippen.

Afbakening lage-rugpijn

Rugklachten worden doorgaans ingedeeld in specifieke en aspecifieke rugklachten. In deze richtlijn verwijst de term ‘lage-rugpijn’ naar ‘aspecifieke lage-rugklachten’.

Specifieke lage-rugklachten zijn rugklachten veroorzaakt door een specifiek pathofysiologisch mechanisme en/of door stoornissen in anatomische structuren, zoals compressie van een zenuwwortel (radiculair syndroom), spondylolisthesis, spinaalkanaalstenose, een trauma (fractuur), infectie, osteoporose, een viscerale afwijking, een inflammatoire aandoening (zoals morbus Bechterew), een tumor of een metastase.

Aspecifieke lage-rugklachten zijn rugklachten waarvoor geen aanwijsbare specifieke oorzaak kan worden gevonden.

Bij ongeveer 90 procent van alle patiënten met lage-rugpijn kan geen specifieke oorzaak worden gevonden die de klachten verklaart. Het diagnostische en therapeutische proces bij specifieke lage-rugpijn valt buiten de beschrijving van deze richtlijn. Tekenen van specifieke lage-rugpijn zijn in de richtlijn weergegeven als ‘rode vlaggen’.

-
- I Marcel Heijmans MSc, fysiotherapeut/manueeltherapeut; Afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort.*
- II Erik Hendriks, fysiotherapeut/epidemioloog; Afdeling Onderzoek & Ontwikkeling, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort (programma-leider richtlijnen fysiotherapie); Capaciteitsgroep Epidemiologie, Universiteit Maastricht, Maastricht.*
- III Martin van der Esch fysiotherapeut/manueeltherapeut/epidemioloog; Jan van Breemen Instituut, Centrum voor Reumatologie en Revalidatie; docent Hogeschool van Amsterdam, Instituut Fysiotherapie, Amsterdam.*
- IV Annelies Pool-Goudzwaard fysiotherapeut/manueeltherapeut, Paramedisch Centrum Impact, Zoetermeer; wetenschappelijk onderzoeker Afdeling Biomedische Technologie en Natuurkunde, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.*
- V Wendy Scholten-Peeters MSc, fysiotherapeut/manueeltherapeut, onderzoeker, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort; praktijkdocent GGS Manuele Therapie, Faculteit Geneeskunde en Farmacie, Vrije Universiteit Brussel.*
- VI Maurits van Tulder, epidemioloog, senioronderzoeker EMGO-instituut, Vrije Universiteit, Amsterdam.*
- VII Anton de Wijer, fysiotherapeut/manueeltherapeut, directeur Stichting Academie Instituut Faculteit Gezondheidszorg Hogeschool van Utrecht; Vakgroep Mondziekten, Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht.*
- VIII Rob Oostendorp, fysiotherapeut/manueeltherapeut, wetenschappelijk directeur Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort; bijzonder hoogleraar Paramedische Zorg, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Centre for Quality of Care Research (WOK), Nijmegen; hoogleraar Manuele Therapie, Faculteit Geneeskunde en Farmacie, GGS Manuele Therapie, Vrije Universiteit Brussel.*

Rode vlaggen zijn tekenen/signalen van spinale problematiek die wijzen op een specifieke oorzaak van lage-rugpijn. Deze rode vlaggen kunnen duiden op ernstige pathologie en vereisen aanvullende diagnostiek. Bijvoorbeeld: progressieve pijnname ondanks medicatie, nachtelijke pijn of neurologische uitval.

Bij patiënten met specifieke lage-rugpijn staat pijn in de lumbosacrale regio op de voorgrond. Ook kan uitstraling in de gluteale regio en/of het bovenbeen optreden. De pijn kan verergeren door bepaalde houdingen, bewegingen en externe belasting (zoals tillen) en er kan sprake zijn van ochtendstijfheid. Er zijn geen algemene ziekteverschijnselen zoals koorts of gewichtsverlies. De pijn kan continu aanwezig zijn of in episoden optreden. De eerste episode met lage-rugpijn treedt meestal op bij patiënten tussen de 20 en 55 jaar.

De indeling naar de lengte van een lage-rugpijnepisode is als volgt:

- 0-6 weken: acute lage-rugpijn;
- 7-12 weken: subacute lage-rugpijn;
- > 12 weken: chronische lage-rugpijn.

Lage-rugpijn heet recidiverend wanneer er binnen één jaar méér dan twee rugpijnepisodes zijn opgetreden én de totale lengte van de rugpijn(episode) korter is dan zes maanden.

Omvang van het probleem

Uit schattingen blijkt dat ongeveer 60 tot 90 procent van de bevolking ooit last heeft van lage-rugpijn. Jaarlijks komt lage-rugpijn bij ongeveer 5 procent van de bevolking voor. In de huisartsenpraktijk is dit ongeveer 3 procent van alle patiënten per jaar. Lage-rugpijn vormt in Nederland een belangrijk economisch probleem. Van alle klachten van het houdings- en bewegingsapparaat veroorzaakt lage-rugpijn de hoogste kosten ten gevolge van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim.

In Nederland verwijst de huisarts 2 procent van de patiënten met acute specifieke lage-rugpijn en 19 procent van de patiënten met chronische specifieke lage-rugpijn naar de manueeltherapeut.

Van de verwijzingen manuele therapie neemt de huisarts 94 procent voor zijn rekening, de medisch specialist 5 procent en overige verwijzers 1 procent.

Oorzaken en determinanten van specifieke lage-rugpijn

Relatief weinig is bekend over oorzaken van lage-rugpijn. Risicofactoren voor lage-rugpijn zijn in te delen in persoonsgebonden en arbeidsgerelateerde factoren. Persoonsgebonden factoren zijn: leeftijd, lichamelijke fitheid, kracht van rug- en buikmusculatuur en psychische gesteldheid (onder andere de aan- of afwezigheid van angst of depressie, arbeidsdissatisfactie en emotionele instabiliteit). Arbeidsgerelateerde factoren zijn: fysieke belasting tijdens het werk (tillen, buigen, draaien, duwen en trekken, trillingen) en de kans op arbeidsgerelateerde ongevallen.

Lage-rugpijn is het resultaat van de interactie tussen biologische, psychische en sociale factoren.

Uitgangspunt voor deze richtlijn is het biopsychosociale model.

Prognose en beloop

Het natuurlijke beloop van lage-rugpijn is meestal gunstig. Bij 80 tot 90 procent van de patiënten verdwijnen de klachten spontaan binnen 4 tot 6 weken. Van de patiënten die met lage-rugklachten de huisarts consulteren, is 65 procent na 12 weken klachtenvrij, 35 procent heeft dan dus nog klachten. Lage-rugpijn is vaak recidiverend.

Ziekteverzuim

Bij 10 procent van de werkenden leidt lage-rugpijn tot ziekteverzuim. Van de patiënten die niet gaan werken, heeft driekwart binnen 4 weken het werk weer hervat. Het is niet bekend of deze groep wel of geen behandeling heeft gehad en of binnen het werk alle activiteiten zijn hervat. Factoren die zijn gerelateerd aan vertraagde werkhervatting zijn het aantal recidieven en een lagere sociaal-economische klasse.

Normaal en afwijkend beloop

Deze richtlijn maakt onderscheid tussen patiënten met een normaal beloop en een afwijkend beloop van de klachten. Bij het normale beloop van de klachten nemen in de loop van de tijd de stoornissen in de functies van het bewegingssysteem en beperkingen in activiteiten af, en neemt de participatie gradueel toe (tot het niveau van vóór de klachtenepisode). Bij de meeste patiënten nemen de pijnklachten hierbij af. Dit hoeft niet in te houden dat de lage-rugpijn geheel is verdwenen. De lage-rugpijn staat

het uitvoeren van activiteiten en de participatie niet (meer) in de weg.

Van een afwijkend beloop is sprake als binnen drie weken na aanvang van de klachten de pijn niet afneemt, de stoornissen in de functies van het bewegingssysteem niet verminderen en de beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en de participatieproblemen niet verminderen.

De volgende (biopsychosociale) factoren kunnen samenhangen met een afwijkend beloop en/of het afwijkende beloop instandhouden:

- biomedische factoren, bijvoorbeeld: verminderde mobiliteit, verminderde spierkracht/stabiliteit of een verminderde coördinatie;
- psychische factoren, bijvoorbeeld: (bewegings)angst of irreële gedachten over de lage-rugpijn;
- sociale factoren, bijvoorbeeld: de werksituatie of het ontbreken van steun en/of acceptatie van de omgeving.

Psychische en sociale factoren worden 'gele vlaggen' genoemd. Gele vlaggen kunnen het beloop negatief beïnvloeden en vergroten de kans op het ontwikkelen of de instandhouding van langdurige beperkingen en ziekteverzuim bij lage-rugpijn. De manueeltherapeut dient alert te zijn op deze factoren.

Gele vlaggen zijn psychosociale factoren die kunnen wijzen op een verhoogde kans op voortbestaan of chroniciteit van lage-rugklachten. Bijvoorbeeld: (bewegings)angst, catastroferende gedachten over pijn en problemen op het werk.

Bij patiënten met (chronische) lage-rugpijn hebben psychosociale factoren over het algemeen een grotere impact op de beperkingen in activiteiten en participatieproblemen dan biomedische of biomechanische factoren. Het is vaak niet mogelijk een stoornis in de anatomische eigenschappen van structuren als oorzaak voor de klachten aan te wijzen bij patiënten met specifieke lage-rugpijn. Bij het kiezen van de diagnostische verrichtingen voor deze patiëntengroep let de therapeut daarom op de sterkte van de verbanden tussen stoornissen in functies van het bewegingssysteem, in sensorische functies en pijn, in mentale functies, in anatomische eigenschappen van structuren, en beperkingen in activiteiten en participatieproblemen. Bij een

sterk verband richt de manueeltherapeut zich op de manueeltherapeutische mogelijkheden om de stoornissen in gewrichtsfuncties te verminderen of op te heffen, in deze richtlijn beschreven als manuele therapie in enge zin. Bij manuele therapie in ruime zin zal de manueeltherapeut zich naast op de eerder genoemde stoornissen met name richten op de beperkingen in activiteiten en participatieproblemen en de beïnvloedbare psychosociale factoren (zie de 'KNGF-richtlijn Lage-rugpijn'¹).

Manuele therapie in enge zin richt zich op diagnostiek en behandeling van stoornissen in gewrichtsfunctie door het teweegbrengen van articulaire bewegingen, met de daarbij behorende informatie, specifieke oefen-therapie en zelfstandig oefenen.

Manuele therapie in ruime zin richt zich op diagnostiek en behandeling van beperkingen in activiteiten en op participatieproblemen (en de beïnvloedbare psychosociale factoren) door begeleiding (adviseren/informeren) en oefenen van functies en activiteiten, eventueel ondersteund, dan wel gevolgd door diagnostiek en behandeling van stoornissen in gewrichtsfuncties.

Tijdsindeling

Op basis van de duur van de lage-rugpijn is sprake van acute (0-6 weken), subacute (7-12 weken) of chronische (> 12 weken) lage-rugpijn. Hiermee sluit deze richtlijn aan bij de indeling in de 'NHG-Standaard Lage-rugpijn'² en andere internationale richtlijnen. Naar beloop, tijdsindeling, aanwezigheid c.q. afwezigheid van rode en/of gele vlaggen zijn een aantal profielen te onderscheiden (zie tabel 1).

Rol van de manueeltherapeut

Behandeling met manuele therapie in enge zin is niet geïndiceerd voor patiënten met een normaal beloop van de lage-rugpijn.

Dit is conform de 'KNGF-richtlijn Lage-rugpijn'.¹ In het algemeen volstaat bij deze patiënten de begeleiding door de huisarts om de problemen bij het uitvoeren van activiteiten te verminderen en de participatiegraad te verhogen. Als deze begeleiding onvoldoende resultaat oplevert, of als de huisarts inschat dat stoornissen in gewrichtsfuncties een rol spelen bij de lage-rugpijn kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de manueeltherapeut.

Tabel 1. Indeling in profielen naar kenmerken van lage-rugklachten in de acute, subacute en chronische fase.

Fase	Profiel	Kenmerk
Acute fase (0-6 weken)	profiel 1a	<ul style="list-style-type: none"> • normaal beloop
Subacute fase (7-12 weken)	profiel 1b	<ul style="list-style-type: none"> • afwijkend beloop
	profiel 2a	<ul style="list-style-type: none"> • afwijkend beloop; • geen gele vlaggen.
Chronische fase (>12 weken)	profiel 2b	<ul style="list-style-type: none"> • afwijkend beloop; • met gele vlaggen.
	profiel 3a	<ul style="list-style-type: none"> • adequate omgang met de klachten; • hoge mate van zelfcontrole; • adequate coping; • afstemming belasting/belastbaarheid; • aangepaste participatie; • episoden van toegenomen pijnklachten.
	profiel 3b	<ul style="list-style-type: none"> • inadequate omgang met de klachten; • weinig tot geen zelfcontrole; • geen adequate coping; • geen afstemming belasting/belastbaarheid; • verminderde participatie.

Behandeling met manuele therapie in enge zin is wel geïnduceerd voor patiënten met lage-rugpijn met een afwijkend beloop in de (sub)acute fase (profiel 1b en 2a) en bij patiënten in de chronische fase tijdens een exacerbatie van klachten (profiel 3a).

Hoofddoelen van de manueeltherapeutische behandeling van patiënten met profiel 1b, 2a en 3a zijn herstel van de gewrichtsfunctie en verbetering van het functioneringsniveau. Hoe meer aanwijzingen er zijn voor gele vlaggen (profiel 2b), des te meer de behandeling zich richt op beïnvloeding van negatieve gedragsfactoren in relatie tot het functioneren van de patiënt en op geleidelijke toename van het activiteitsniveau en verhogen van de participatiegraad van de patiënt. Eventueel kan, bij het bestaan van stoornissen in gewrichtsfuncties de behandeling ondersteund, dan wel gevolgd worden door manuele therapie in enge zin.

Behandeling met manuele therapie in ruime zin is geïnduceerd voor patiënten met profiel 2b en profiel 3b.

Wijze van omgaan met klachten

De wijze waarop patiënten met hun klachten omgaan, kan adequaat of inadequaat zijn. Patiënten met lage-rugpijn die op 'gepaste' wijze hun activitei-

ten en/of werkzaamheden voortzetten, gaan adequaat om met hun klachten. Dat wil zeggen dat de patiënt in staat is de belasting van de rug (alle activiteiten en/of taken die iemand wenst of behoort te doen) af te stemmen op de belastbaarheid (het haalbare niveau van activiteiten en/of taken). Bij aanhoudende klachten zijn strategieën zoals het zoeken van afleiding bij pijn en het streven naar een actieve leefstijl aanwijzingen dat de patiënt adequaat met de klachten omgaat. Weinig bewegen, het vermijden van bepaalde activiteiten of veel rusten om de pijn te verminderen zijn aanwijzingen dat de patiënt inadequaat omgaat met de klachten.

Samenwerking met andere professies

De 'Handreiking-Indicatiestelling', 'Handreiking-Consultatie', 'Handreiking-Verwijsbrief', 'Handreiking-Tussentijds Contact' en de 'Handreiking-Verslaggeving' zijn speciaal ontwikkeld ter verbetering van de samenwerking en communicatie tussen huisarts(en) en manueeltherapeut(en).³ Als de lage-rugpijn problemen veroorzaakt in de werksituatie van de patiënt, is samenwerking met de bedrijfsarts wenselijk. Onderhavige richtlijn sluit aan bij het afwachende beleid van de 'NHG-Standaard Lage-rugpijn' (met de

nadruk op het geven van adequate informatie en adviezen), maar wijkt af van de NHG-standaard met haar advies voor manuele therapie in enge zin in de acute fase.² De NHG-Standaard adviseert in de (sub)acute fase geen manuele therapie.² Onderhavige richtlijn sluit echter aan op de internationale richtlijnen, die manuele therapie in de acute fase adviseren bij een afwijkend beloop. De richtlijn sluit ook aan bij de 'Richtlijn Lage-rugklachten' van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) die aangeeft dat behandeling met manuele therapie tot snellere vermindering van klachten leidt bij een klachtenduur langer dan twee weken.⁴

I Diagnostisch proces

Het doel van het diagnostische proces is het inventariseren van de ernst, de aard en de mate van beïnvloedbaarheid van het gezondheidsprobleem van de patiënt door middel van behandeling met manuele therapie.

Het uitgangspunt is de hulpvraag van de patiënt. De manueeltherapeut gaat na of er sprake is van een normaal of afwijkend beloop. Bij een afwijkend beloop onderzoekt de manueeltherapeut welke factoren de klachten veroorzaken of instandhouden. Hierbij let hij vooral op aanwezigheid van rode en/of gele vlaggen, op de consistentie van de bevindingen uit het lichamelijk onderzoek en op de consistentie van de verbanden tussen de stoornissen in functies, de beperkingen in activiteiten en de participatieproblemen.

[Bij vermoeden van of aanwezigheid van rode vlaggen die wijzen op een specifieke oorzaak van de lage-rugpijn neemt de manueeltherapeut contact op met de verwijzer.](#)

I.I Verwijzing/aanmelding

De patiënt krijgt een verwijzing voor behandeling met manuele therapie van de huisarts of de medisch specialist. De manueeltherapeut beoordeelt of de verwijzing volledig is en of de patiënt in aanmerking komt voor onderzoek door de manueeltherapeut. De verwijsdiagnose vermeldt onder meer de verwijsredenen. De manueeltherapeut neemt contact op met de verwijzer als de verwijsbrief onvoldoende gegevens bevat. Andere verwijsgegevens kunnen zijn: de hulpvraag van de patiënt, het beloop van het functioneren, informatie van waaruit contra-indicaties kunnen

worden afgeleid, gegevens over aanvullend onderzoek (zoals beeldvormend onderzoek) en eerdere behandelingen.

I.II Anamnese

In de anamnese stelt de manueeltherapeut vragen die nodig zijn om het gezondheidsprobleem van de patiënt in kaart te brengen en om onderzoeksdoelstellingen te formuleren voor het manueel diagnostische onderzoek. Hij verzamelt ook gegevens over een (relatieve) contra-indicatie voor behandeling met manuele therapie.

Aandachtspunten in de anamnese zijn:

- 1 Vaststellen van de hulpvraag en inventarisatie van de klachten:
 - veranderingen in dagelijks functioneren, inventariseren van datgene waarop de hulpvraag van de patiënt is gebaseerd in termen van stoornissen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen;
 - soort en ernst van de klachten.
- 2 Vaststellen van het ontstaansmoment c.q. het begin van de klachten:
 - tijdslijn;
 - ontstaanswijze van de klachten;
 - functioneren vóór het ontstaan van de klachten (niveau van activiteiten, mate van participatie).
- 3 Inventarisatie van het beloop:
 - (lokale en algemene) belasting en (lokale en algemene) belastbaarheid zowel op het niveau van functies als op het niveau van activiteiten en participatie;
 - beloop van de klachten en het niveau van functioneren;
 - eerdere diagnostiek en behandeling en het resultaat hiervan.
- 4 Inventarisatie van de status presens:
 - rode vlaggen;
 - ernst en soort klachten, huidige niveau van functioneren (activiteiten en participatie);
 - gele vlaggen.
- 5 Wijze van omgaan met klachten:
 - Gaat patiënt adequaat om met de klachten?
 - Heeft de patiënt een gevoel van controle over de klachten?
 - Welke betekenis kent de patiënt toe aan de klachten?

- 6 Overige gegevens:
- nevenaandoeningen;
 - eerdere en huidige behandeling en het resultaat hiervan: medicijnen; andere behandeling; adviezen; hulpmiddelen;
 - sociale anamnese met betrekking tot werk.
- 7 Contra-indicaties voor de manueeltherapeutische interventie (in enge zin), zoals het gebruik van bepaalde medicijnen (Sintrom®).

Om de functionele status en het functioneren van de patiënt in kaart te brengen en te evalueren, adviseert de Werkgroep gebruik te maken van de meetinstrumenten 'Patiënt Specifieke Klachten' en de 'Quebec Back Pain Disability Scale' (QBPDs).

I.III Analyse ter formulering van de onderzoeksdoelstellingen

Aan de hand van gegevens die verkregen zijn in de anamnese formuleert de manueeltherapeut een aantal onderzoeksdoelstellingen. De richting daarvan wordt bepaald door het profiel van de patiënt (1a/b, 2a/b of 3a/b).

Klassering van de patiënt in een van de profielen vindt plaats aan de hand van de volgende vragen:

- 1 Bevindt de patiënt zich in de acute (0- 6 weken), de subacute (7-12 weken) of de chronische (> 12 weken) fase?
- 2 Is het beloop van de klachten normaal of afwijkend? Bij een afwijkend beloop:
 - a Zijn er aanwijzingen voor de aanwezigheid van rode vlaggen (biomedische risicofactoren)?
 - b Zijn er aanwijzingen voor de aanwezigheid van gele vlaggen (psychosociale risicofactoren)?

Onderzoeksdoelstellingen voor patiënten met profiel 1a/b, 2a en 3a zijn primair geformuleerd in termen

van stoornissen in functies en secundair in termen van beperkingen in activiteiten. Voor patiënten met de profielen 2b en 3b zijn zij primair geformuleerd in termen van beperkingen in activiteiten en de aanwezigheid van gele vlaggen, en secundair in termen van stoornissen in functies (zie tabel 2).

I.IV Onderzoek *Inspectie/palpatie*

De manueeltherapeut inspecteert/observeert de lichaamshouding van de patiënt en let in het bijzonder op de stand van benen, bekken en wervelkolom. Aandachtspunten zijn de antalgische houding van de patiënt, de tonus van de (lage-)rugmusculatuur en pijnpunten.

Onderzoek naar stoornissen in functie

Het functieonderzoek bestaat uit het testen en/of meten van de stoornissen in functies en anatomische structuren die in de anamnese naar voren zijn gekomen. Het functieonderzoek vindt plaats, in de aangedane regio, in de biomechanisch en fysiologisch gerelateerde gewrichten, en bestaat uit:

- onderzoek van de gewrichten van de thoracale, lumbale en lumbosacrale wervelkolom, bekken en heupen; beoordeling per bewegingssegment op uitslag, richting, bewegingsverloop, bewegingsweerstand en eindgevoel; tevens beoordeling op consistentie en provocatie van pijn en van uitstraling;
- onderzoek van spieren met beoordeling op spierlengte, rekbaarheid, eindgevoel, contractiegevoeligheid, rekgevoeligheid, tonus, stabiliteit en coördinatie;
- onderzoek van zenuwen met beoordeling op gevoeligheid voor rek, druk en uitslag;
- onderzoek van de (paraspinale) huid met beoordeling op oppakbaarheid, verschuifbaarheid, plooibaarheid en eindgevoel.

Tabel 2. Primaire en secundaire onderzoeksdoelstellingen per profiel.

Profiel	Primaire richting van onderzoeksdoelstellingen	Secundaire richting van onderzoeksdoelstellingen
1a/b, 2a en 3a 2b en 3b	stoornissen in functies beperkingen in activiteiten gele vlaggen	beperkingen in activiteiten stoornissen in functies

Onderzoek naar beperkingen in activiteiten

Onderzoek naar beperkingen in activiteiten zijn gericht op activiteiten zoals tillen, opstaan, gaan zitten en heffen. Indien de manueeltherapeut op basis van de gegevens uit de anamnese, gele vlaggen vermoedt, onderzoekt hij de angst voor beweging en het pijngedrag.

Rode vlaggen

De manueeltherapeut voert een oriënterend neurologisch onderzoek uit indien hij, op basis van gegevens uit de anamnese, een radiculair syndroom vermoedt, (een van de rode vlaggen die het meest frequent voorkomt). Dit onderzoek bestaat ten minste uit:

- de Straight Leg Raising-test, die de manueeltherapeut beoordeelt op provocatie van uitstralende pijn in één of twee gebieden van de lumbosacrale spinale zenuwen (in het bijzonder L4, L5 en S1) (teken van Lasègue);
- onderzoek van spierkracht, sensibiteit en peesflexen van de betreffende spinale zenuw(en).

De behandeling van patiënten met lage-rugpijn met een lumbosacraal radiculair syndroom valt buiten het bereik van deze richtlijn. Een radiculair syndroom of andere rode vlaggen bij een patiënt is reden voor overleg c.q. terugverwijzing naar de verwijzer.

I.V Analyse ter formulering van de manueeltherapeutische diagnose

De volgende vragen zijn bedoeld om te bepalen of behandeling met manuele therapie in enge of ruime zin voor de patiënt is geïndiceerd.

- 1 Zijn de bevindingen, inclusief de bevindingen van het lichamelijk onderzoek, tijdens het diagnostische proces consistent? Zijn er stoornissen in anatomische eigenschappen van structuren of stoornissen in functies van het bewegingssysteem die consistent en provocatief zijn en die mogelijk de klachten van de patiënt verklaren? Zo ja welke?
- 2 Zijn er aanwijzingen voor de aanwezigheid van rode vlaggen?
- 3 Zijn er aanwijzingen voor de aanwezigheid van gele vlaggen?
- 4 Zijn er contra-indicaties voor behandeling met manuele therapie in enge zin?

Indien het antwoord op vraag 1 'ja' is en dat op vraag 2, 3 en 4 'nee', dan is behandeling met manuele therapie in enge zin (profiel 1b, 2a en 3a) voor de patiënt geïndiceerd.

Indien het antwoord op vraag 1, 2 en 4 'nee' is en dat op vraag 3 'ja', dan is behandeling met manuele therapie in ruime zin (profiel 2b en 3b) voor de patiënt geïndiceerd.

Bepalen van het gezondheidsprofiel en de beïnvloedbaarheid van factoren

De manueeltherapeut stelt het gezondheidsprofiel van de patiënt vast en bepaalt de persoonlijke en externe factoren die door behandeling met manuele therapie in ruime zin zijn te beïnvloeden aan de hand van de volgende vragen:

- 1 Is de (lokale en algemene) belasting afgestemd op de (lokale en algemene) belastbaarheid?
- 2 Wat is de inschatting van de manueeltherapeut van het verband tussen stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen?
- 3 Kunnen de gevonden stoornissen in functies geordend worden in:
 - bewegingsstoornissen in één of meerdere gewrichten;
 - biomechanische patronen;
 - segmentale stoornissen?
- 4 Wat zijn op dit moment ongunstige (belemmerende) factoren voor herstel?
 - biomechanische factoren;
 - trofische factoren;
 - persoonlijke factoren;
 - omgevingsfactoren?
- 5 Zijn de ongunstige (belemmerende) factoren en de relevante stoornissen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen door behandeling met manuele therapie te beïnvloeden? Zo ja, om welke ongunstige (belemmerende) factoren, relevante stoornissen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen gaat het dan?
- 6 Wat is de prognose voor herstel?

Ter afsluiting van het diagnostische proces, beantwoordt de manueeltherapeut de volgende vragen:

- Is er een indicatie voor behandeling met manuele therapie in enge of in ruime zin?
- Is de richtlijn van toepassing op deze individuele patiënt?

Na positieve beantwoording van beide vragen stelt de manueeltherapeut, in overleg met de patiënt, het behandelplan op. Daarin zijn individuele behandel-doelen opgenomen.

De manueeltherapeut neemt contact op met de verwijzer indien hij van mening is dat de ongunstige (belemmerende) factoren niet (alleen) door behandeling met manuele therapie zijn te beïnvloeden of indien er sprake is van een of meerdere rode vlaggen.

I.VI Behandelplan

Centraal in het behandelplan staat de hoofddoelstelling die aansluit bij de hulpvraag van de patiënt.

Daarnaast omvat het behandelplan de verrichtingen die zullen worden gehanteerd om de doelen te realiseren, het verwachte aantal sessies, de behandel-frequentie, de behandellocatie (aan huis, in de praktijk), de evaluatiemomenten en de te gebruiken evaluatieve meetinstrumenten. Het is aan te bevelen hiervoor de 'Patiënt Specifieke Klachten' en de 'Quebec Back Pain Disability Scale' te gebruiken.

Een manueeltherapeutische behandeling is niet geïndiceerd voor patiënten met een normaal beloop van de lage-rugpijn (profiel 1a). Dit is conform de 'KNGF-richtlijn Lage-rugpijn'.¹

Voor patiënten met lage-rugpijn en afwijkend beloop in de (sub)acute fase (profiel 1b en 2a) en voor patiënten in de chronische fase tijdens een exacerbatie van de klachten (profiel 3a) is behandeling met manuele therapie in enge zin geïndiceerd indien er geen specifieke aanwijzingen zijn voor gele vlaggen, de onderzoeksbevindingen consistent zijn en indien de stoornissen in functie, de beperkingen in activiteiten en de participatieproblemen een sterk verband vertonen.

De hoofddoelen van de manueeltherapeutische behandeling voor deze profielen zijn herstel van de gewrichtsfunctie en verhoging van het functioneringsniveau.

Hoe meer aanwijzingen voor gele vlaggen in de subacute (profiel 2b) en de chronische fase (profiel 3b), des te duidelijker is de indicatie voor een behandeling met manuele therapie in ruime. De behandeling is in eerste instantie gericht op de beïnvloeding van negatieve gedragsfactoren in relatie tot het functioneren en op geleidelijke verhoging van activiteiten en participatie. De manueeltherapeut maakt hierbij gebruik van een aantal gedragsgeoriënteerde principes in relatie tot het bewegend functioneren van de patiënt.

Indien de negatieve gedragsfactoren (zoals bewegingsangst en negatieve gedachten over herstel) in voldoende mate zijn beïnvloed, de beperkingen in activiteiten en de participatieproblemen voldoende zijn opgeheven, kan bij het alsnog bestaan van stoornissen in gewrichtsfunctie, behandeling met manuele therapie in enge zin volgen.

II Therapeutisch proces

II.I Behandeling van patiënten met lage-rugpijn in de acute fase (0-6 weken)

Behandeling van patiënten met profiel 1a

Patiënten aan wie de manueeltherapeut profiel 1a toekent, komen in aanmerking voor behandeling conform de 'KNGF-richtlijn lage-rugpijn'.¹ Voor deze patiënt is behandeling met manuele therapie in enge zin niet geïndiceerd.

Het voornaamste doel van de behandeling is dat de patiënt op een adequate wijze leert omgaan met de klachten.

Behandeling in de vorm van informatie en advies, in sommige gevallen ondersteund met oefeningen, is geïndiceerd voor een beperkt aantal zittingen, waarbij het advies 'actief blijven' zinvol is, het advies 'bedrust' niet. De manueeltherapeut maakt geen nieuwe behandelafspraken. Een eventuele controleafspraak is mogelijk.

Informereren/adviseren

De manueeltherapeut legt uit dat het beloop van de lage-rugpijn bij de meeste patiënten gunstig is en bespreekt de relatie tussen belasting en belastbaarheid. De boodschap is dat gedoseerde beweging voor de lage-rug heilzaam is en niet schadelijk.

De manueeltherapeut begeleidt de patiënt en stimuleert hem om het huidige bewegingsgedrag vol te houden en uit te breiden tot het niveau van volledige activiteiten en participatie. De manueeltherapeut en de patiënt analyseren mogelijke uitvoeringsproblemen en zoeken samen naar oplossingen hiervoor.

Oefenen en sturen van functies en activiteiten

Ter ondersteuning van de gegeven informatie en adviezen laat de manueeltherapeut de patiënt, indien nodig, ervaren dat bewegen niet schadelijk is voor de rug. Het oefenen van functies en activiteiten die nodig zijn voor de dagelijkse activiteiten geeft de patiënt positieve bewegingservaringen die hijzelf kan

uitbouwen naar activiteiten en participatie in het dagelijks leven.

Behandeling van patiënten met profiel 1b

Voor patiënten aan wie de manueeltherapeut profiel 1b toekent, is behandeling met manuele therapie in enge zin geïndiceerd. De manueeltherapeutische behandeling is gericht op het verminderen van stoornissen in de artrogene, musculaire of neurogene functies van het bewegingssysteem, met als doel het bereiken van het niveau van de activiteiten en de mate van participatie van vóór de klachtenperiode en het voorkómen van recidiverende of chronische lage-rugklachten.

Teweegbrengen van bewegingen

De verrichtingen die de manueeltherapeut ter beschikking staan, zijn onder te verdelen in:

- articulaire bewegingen ter verbetering van onder meer mobiliteit en eindgevoel;
- musculaire bewegingen ter verbetering van spierlengte, rekbaarheid, eindgevoel, spiertonus, stabiliteit en coördinatie;
- neurodynamische bewegingen ter verbetering van de 'mobiliteit' van zenuwen en ter vermindering van de gevoeligheid voor rek en/of druk;
- huidbewegingen ter verbetering van oppakbaarheid, verschuifbaarheid, plooibaarheid en eindgevoel.

Variabelen bij het tweebrengen van articulaire bewegingen zijn:

- uitgangsstand/houding;
- richting;
- ritme;
- amplitude;
- traject;
- kracht (in eindpositie);
- snelheid;
- (type) component;
- herhalingen.

De keuze van de variabelen hangt af van de onderzoeksbevindingen, de behandeldoelen en de reactie op de behandeling.

De instelling van de variabelen bepaalt de dosering:

- een lage dosering is bijvoorbeeld: vanuit ruststand, kleine amplitudo, snel ritme en in niet-beperkte richting;

- een hoge dosering is bijvoorbeeld: vanuit de (meest) beperkte stand, grote amplitudo, laag ritme en in beperkte richting.

Informereren/adviseren

Naast algemene informatie over de behandeling, geeft de manueeltherapeut specifieke informatie over de stoornissen in gewrichtsfunctie van de wervelkolom in relatie tot lage-rugpijn.

Oefenen en sturen van functies en activiteiten

De manueeltherapeut geeft oefentherapie die is gericht op de stoornissen in gewrichtsfuncties en op het zelfstandig oefenen.

Behandelduur

Er zijn vier tot zes zittingen nodig voor de behandeling met manuele therapie in enge zin. Indien binnen drie weken geen vermindering van de klachten optreedt, dient de behandeling met manuele therapie in enge zin te worden beëindigd en vindt overleg plaats met de verwijzer.

II.II Behandeling van patiënten met lage-rugpijn in de subacute fase (7-12 weken)

Behandeling van patiënten met profiel 2a

Voor de patiënt aan wie de manueeltherapeut profiel 2a toekent, is behandeling met manuele therapie in enge zin geïndiceerd. Bij deze patiënten tonen de onderzoeksbevindingen een sterk verband tussen de stoornissen in functies, de beperkingen in activiteiten en de participatieproblemen.

De behandeling is gelijk aan die van patiënten met profiel 1b, met dezelfde doelstellingen en gelijke behandelduur.

Behandeling van patiënten met profiel 2b

Hoe meer aanwijzingen er zijn voor de aanwezigheid van gele vlaggen, des te meer de behandeling in de subacute fase in eerste instantie is gericht op de vermindering van die gele vlaggen. De behandeling richt zich op de beïnvloeding van negatieve gedragsfactoren in relatie tot het herstel en het functioneren van de patiënt en op geleidelijke verhoging van activiteiten en participatie. De manueeltherapeut maakt hierbij gebruik van een aantal gedragsgeoriënteerde principes in relatie tot het bewegend functioneren van de patiënt. Wanneer er sprake is van stoornissen in

gewrichtsfuncties kan de behandeling eventueel ondersteund, dan wel gevolgd worden door behandeling met manuele therapie in enge zin. In deze fase dient de manueeltherapeut alert te zijn op het ontwikkelen van chroniciteit. Behandeldoelen zijn:

- het vergroten van kennis en inzicht bij de patiënt;
- het bevorderen van een adequate wijze van omgaan met de klachten;
- het verhogen van activiteiten en participatie;
- het verbeteren van relevante functies.

Informereren en/of adviseren

De manueeltherapeut leert de patiënt controle te hebben over het herstelproces, nieuwe klachten te voorkómen en hoe hij moet handelen bij recidieven en exacerbaties.

Daartoe krijgt de patiënt informatie over de aard en het beloop van de lage-rugpijn, de relatie tussen belasting en belastbaarheid en het belang van een actieve leefstijl. De manueeltherapeut legt uit dat de pijn in de lage-rug niet schadelijk is en dat toename van deze pijn ook niet persé samengaat met beschadiging van anatomische structuren. De manueeltherapeut leert de patiënt de juiste betekenis toe te kennen aan zijn klachten. Adviezen betreffen bijvoorbeeld de juiste houding bij het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten.

Informereren en adviseren is een interactief proces. De manueeltherapeut vraagt regelmatig bij de patiënt na of deze de gegeven informatie begrijpt en de adviezen kan toepassen in zijn eigen omgeving.

De manueeltherapeut kan een gunstig behandelresultaat bereiken indien de patiënt de gegeven behandeladviezen daadwerkelijk opvolgt, ofwel therapietrouw is. Hiervoor is een vereiste dat de patiënt op een reële manier tegen zijn klachten aankijkt, de vaardigheden beheerst om in de toekomst met zijn klachten om te gaan en het vertrouwen heeft dat ook te kunnen.

Hiertoe dient de manueeltherapeut informatie en adviezen te geven die aansluiten bij het referentiekader van de patiënt. Het is van belang tegenstrijdige informatie en adviezen te voorkomen.

Het bevorderen van de therapietrouw, zowel op de korte termijn (gedurende de behandelperiode) als op de lange termijn (na de behandelperiode) is mede een taak van de manueeltherapeut. Om therapietrouw op de lange termijn te bevorderen is de samenwerking tussen de manueeltherapeut, de patiënt, de verwijzer en (eventueel) de bedrijfsarts van belang.

Oefenen van functies en activiteiten

Het oefenen van relevante functies en/of activiteiten heeft tot doel het activiteitsniveau van de patiënt te verhogen. De manueeltherapeut hanteert hierbij fysiologische trainingsprincipes voor het oefenen van functies zoals: het verbeteren van spierkracht, uithoudingsvermogen en mobiliteit. Het oefenprogramma is tijdcontingent om te bevorderen dat de patiënt activiteiten hervat of uitbreidt (tijdcontingent: een stapsgewijze opbouw van de activiteiten op basis van een vooraf afgesproken tijdsduur en niet op basis van pijn, bedoeld om de aandacht van de patiënt te richten op activiteiten en minder op pijn). Eerst stelt de manueeltherapeut een basislijn vast, het gemiddelde van het huidige activiteitsniveau (baseline-meting). Met behulp van die basislijn en een door de patiënt vastgesteld doel stelt de manueeltherapeut, in samenwerking met de patiënt, een behandelprogramma op. Dit schema bevat de opbouw per activiteit in duur, frequentie en intensiteit. De patiënt oefent niet langer, vaker of intensiever dan wat er in het programma is afgesproken. De patiënt oefent ook in zijn eigen omgeving en houdt zelf zijn progressie bij in een grafiek (zie paragraaf C4). Als de patiënt een activiteit wil doen die hij momenteel nog niet kan uitvoeren, dan wordt die activiteit in onderdelen opgesplitst en worden deze stap voor stap geoefend.

II.III Behandeling van patiënten met lage-rugpijn in de chronische fase (> 12 weken)

Behandeling van patiënten met profiel 3a

Voor patiënten aan wie de manueeltherapeut profiel 3a toekent, is behandeling met manuele therapie in enge zin geïndiceerd bij exacerbatie van de klachten, indien er een stoornis in gewrichtsfunctie bestaat. De behandeling is gelijk aan die van patiënten met profiel 1b (acute fase), met dezelfde doelstellingen en gelijke behandelduur.

Behandeling van patiënten met profiel 3b

Voor patiënten aan wie de manueeltherapeut profiel 3b toekent, is behandeling met manuele therapie in ruime zin geïndiceerd, gericht op het bewegend functioneren. Een oefenprogramma dat gebruikmaakt van gedragsgeoriënteerde principes in relatie tot het bewegend functioneren van de patiënt staat op de voorgrond. Daarnaast is het oefenprogramma gericht op geleidelijke verhoging van activiteiten en participatie.

Eventueel kan bij stoornissen in gewrichtsfuncties de behandeling ondersteund, dan wel gevolgd worden door behandeling met manuele therapie in enge zin. Behandeling vindt plaats conform de 'KNGF-richtlijn Lage-rugpijn'.¹

Oefentherapie dient toegepast te worden bij patiënten met chronische lage-rugpijn. Het is onduidelijk welk type oefeningen het beste is. Daarom adviseert de richtlijn een gevarieerd oefenprogramma dat aansluit bij de behoefte van de patiënt.

II.IV Evaluatie

De manueeltherapeut evalueert regelmatig en systematisch de behandelresultaten door deze te toetsen aan de behandeldoelen. Op basis hiervan kan bijstelling van profiel en behandelplan plaatsvinden.

Hierbij kan de manueeltherapeut voor alle profielen gebruikmaken van de subjectieve bevindingen, de bevindingen die zijn verkregen door het afnemen van de Patiënt Specifieke Klachten en de QBPS die aansluiten bij het doel van de behandeling en de gegevens uit het diagnostisch proces.

Als de manueeltherapeutische behandeling in enge zin bij de profielen 1b, 2a en 3a na maximaal zes behandelingen of binnen drie weken geen effect heeft gehad (geen afname van de stoornissen in functies, afname van de beperkingen in activiteiten of toename van de participatie) neemt de manueeltherapeut contact op met de verwijzer.

II.V Afsluiting, verslaggeving en verslaglegging

De manueeltherapeut informeert de verwijzer tussentijds, maar in ieder geval na het beëindigen van de behandelperiode over onder andere de (individueel vastgestelde) behandeldoelen, het behandelproces en de behandelresultaten. Hij schrijft het eindverslag naar de huisarts conform de 'KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts'⁵. Voor de inhoud van de verslaggeving van de manueeltherapeut wordt verwezen naar de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaggeving'.⁶

De manueeltherapeut sluit de behandeling af als de behandeldoelen zijn gerealiseerd en/of de patiënt is hersteld. Ook beëindigt hij de behandeling wanneer geen verder herstel meer te verwachten is.

III Literatuur

- 1 Bekkering GE, Hendriks HJM, Koes BW, Oostendorp RAB, Ostelo RWJG, Thomassen J, Tulder MW van. KNGF-richtlijn Lage-rugpijn. Ned Tijdschr Fysiother 2001;Suppl 3:1-24.
- 2 Faas A, Chavannes AW, Koes BW, Hoogen JMMvd, Mens JMA, Smeele LJM, Romeijnders ACM, Van der Laan JR. NHG-Standaard Lage-Rugpijn. Huisarts Wet 1996; 39: 18-31.
- 3 Van den Heuvel CMF, Vogels EMHM, Wams HWA. Verslag van het HOF-project. Handreikingen voor de communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut, oefentherapeut-Cesar en/of oefentherapeut-Mensendieck. KNGF, LHV, NVOM, VBC. Amersfoort: NPI, 1999.
- 4 NVAB. Richtlijnen voor het handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage-rugklachten. Eindhoven: Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; 1999.
- 5 Verhoeven ALJ, Heuvel CMF van den. KNGF-richtlijn Informatieverstrekking huisarts. Amersfoort: KNGF; 1995.
- 6 Heerkens YF, Lakerveld-Heyl K, Hendriks HJM, Verhoeven ALJ. KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaggeving. Amersfoort: KNGF; 2003.

Verantwoording en toelichting

A Inleiding

De Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT) wil, in het kader van verdere professionalisering en in aansluiting op nationale en internationale ontwikkelingen, vakinhoudelijke richtlijnen ontwikkelen voor de behandeling van verschillende patiëntcategorieën. Gezien de hoge incidentie en prevalentie^{1,2} van lage-rugpijn in de praktijk manuele therapie heeft de NVMT in eerste instantie gekozen voor het onderwerp 'Patiënten met specifieke lage-rugpijn'. Tot op heden bestaat er geen richtlijn voor de manueeltherapeutische interventie bij patiënten met lage-rugpijn.

Een KNGF-richtlijn moet worden beschouwd als 'the state of art' van het manueeltherapeutisch (of fysiotherapeutisch) handelen. Deze richtlijn beoogt het handelen van de manueeltherapeut te optimaliseren volgens de stand van zaken van de wetenschappelijke literatuur en volgens de op het moment van schrijven geldende inzichten binnen de beroepsgroep.

Definitie

Een KNGF-richtlijn is gedefinieerd als 'Een systematisch ontwikkelde, vanaf centraal niveau geformuleerde leidraad, die door deskundigen is opgesteld en die is gericht op de inhoud van het methodisch fysiotherapeutisch handelen bij bepaalde gezondheidsproblemen en op (organisatorische) aspecten die met de beroepsuitoefening te maken hebben'.³⁻⁵ Binnen deze definitie valt ook het methodisch handelen van de manueeltherapeut, omdat manuele therapie een erkende verbijzondering is van de fysiotherapie.

Relatie tussen fysiotherapie en manuele therapie

De verbijzondering van manuele therapie ten opzichte van fysiotherapie is zowel gelegen in de manueel-diagnostische en therapeutische vaardigheden als in het conceptuele model en de daaruit voortvloeiende inhoud van het methodisch handelen. Genoemde vaardigheden kenmerken zich door het tweebrengen van articulaire bewegingen op basis van kennis

uit de artrokinematica, osteokinematica en het bewegingssysteem (inclusief de sturende mechanismen), de inzichten in nocisensoriek en pijn, en de pathofysiologie en pathomorfologie van gewrichten.⁶ De manueeltherapeut onderscheidt zich van de fysiotherapeut doordat de eerste in staat is de kwaliteit van de (articulaire) beweging voor diagnostiek en behandeling te beoordelen, in het bijzonder die van de werkelkolom.

In het Landelijk Functie-opleidingsprofiel Manuele Therapie (LFOF-MT) staat dat de vakinhoudelijke uitgangspunten van vier opleidingen (SOMT, OOMT, Maitland en Vrije Universiteit Brussel) voor een belangrijk deel op elkaar aansluiten.⁶ De vakinhoudelijke uitgangspunten van de opleiding manuele therapie Utrecht zijn fundamenteel anders. Dit maakt het uiterst moeilijk een richtlijn voor alle stromingen te ontwikkelen. De werkgroep streefde ernaar een richtlijn samen te stellen die voor iedere stroming acceptabel is.

A.1 Doelstellingen van de KNGF-richtlijn Manuele therapie bij Lage-rugpijn

De doelstelling van de richtlijn is het beschrijven van het diagnostische en therapeutische proces van manuele therapie bij patiënten met lage-rugpijn dat leidt tot functioneel herstel, het voorkomen van recidieven en het herstel van de zelfredzaamheid van de patiënt, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke inzichten. Op basis van onderzoeksgegevens is bekend dat er grote variatie bestaat in de doelen, de verrichtingen en de omvang van de manueeltherapeutische zorg.³⁻⁵ Naast de hiervoor genoemde doelstellingen is de KNGF-richtlijn expliciet bedoeld om:

- de zorg in de gewenste richting te veranderen op basis van huidige wetenschappelijke inzichten, en de uniformiteit en de kwaliteit van de zorg te verhogen;
- de taken en verantwoordelijkheden van beroepsgroepen af te bakenen, inzichtelijk te maken en de onderlinge samenwerking te stimuleren;
- ondersteuning te bieden voor het nemen van beslissingen.

De richtlijn formuleert aanbevelingen in termen van deskundigheidseisen zodat de manueeltherapeut de richtlijn in de praktijk kan toepassen.

A.2 Klinische vraagstellingen

De werkgroep die deze richtlijn voorbereidde, zocht antwoord op de volgende klinische vragen:

- Hoe groot is het probleem van lage-rugpijn?
- Welke onderdelen van het manueel-diagnostische onderzoek zijn betrouwbaar, valide en bruikbaar voor de algemene praktijk?
- Welke onderdelen van het manueel-diagnostische proces zijn minimaal nodig om de behandeldoelen, een behandelplan en een prognose te kunnen formuleren?
- Welke vormen van behandeling en preventie zijn wetenschappelijk te onderbouwen en zinvol?
- Welke vormen van behandeling dienen naar de mening van de werkgroep genoemd te worden, ondanks gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing?

A.3 Samenstelling en werkwijze werkgroep

In februari 2001 is een voorbereidende werkgroep samengesteld van vier leden. Om de klinische vragen te beantwoorden, is in augustus 2001 de werkgroep uitgebreid met vier inhoudsdeskundigen. De samenstelling van de werkgroep eerste kring verliep voorspoedig. Manueeltherapeuten en onderzoekers met de gewenste deskundigheid waren bereid zitting te nemen in de werkgroep eerste kring van de nieuw te ontwikkelen 'KNGF-richtlijn Manuele therapie bij Lage-rugpijn'. Bij het samenstellen van de werkgroep is zoveel mogelijk rekening gehouden met een evenwichtige verdeling van leden naar inhouds- en ervaringsdeskundigheid en/of academische achtergrond. Alle werkgroepleden verklaarden geen conflicterende belangen te hebben bij de te ontwikkelen richtlijn. De ontwikkeling van de richtlijn vond plaats van februari 2001 tot en met mei 2002.

A.4 Werkwijze werkgroep

De richtlijn is ontwikkeld conform de 'Methode voor Richtlijnontwikkeling en Implementatie'.³⁻⁵ In deze methode zijn praktische aanwijzingen geformuleerd om de strategie te vermelden waarmee de literatuur is verzameld, inclusief de zoektermen, de geraadpleegde bronnen en de periode waarover de literatuur is ver-

zameld. Dit geldt eveneens voor de criteria voor het in- of uitsluiten van de literatuur en het wetenschappelijk niveau waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd. Indien er geen wetenschappelijk bewijs voorhanden was, zijn de aanbevelingen geformuleerd op basis van consensus binnen de werkgroep c.q. achterban. Er is nadrukkelijk gestreefd naar consensus in de gehele werkgroep ten aanzien van de aanbevelingen voor de praktijk. Bij moeizame besluitvorming is gebruikgemaakt van de consentregel.

De projectgroep bereidde de selectie en beoordeling van de literatuur voor. Het resultaat daarvan is besproken en bediscussieerd met de gehele werkgroep. Het wetenschappelijke bewijs is per onderdeel van de therapie kort samengevat in een conclusie, inclusief de mate van bewijs. Voor de aanbevelingen zijn er, naast het wetenschappelijke bewijs, nog andere aspecten van belang, zoals: het bereiken van algemene consensus, doelmatigheid (kosten), beschikbaarheid van middelen, vereiste deskundigheid en scholing, organisatorische aspecten en het streven naar afstemming met andere mono- of multidisciplinaire richtlijnen.

De conceptrichtlijn is na afronding toegezonden aan de wetenschappelijke commissie van de NVMT en naar externe deskundigen en/of beroepsorganisaties (leden van de werkgroep tweede kring) om de richtlijn af te stemmen op andere beroepsgroepen c.q. beroepsorganisaties en/of andere mono- en/of multidisciplinaire richtlijnen ('NHG-Standaard: Lage-rugpijn'⁷, 'CBO-Richtlijn: Aspecifieke Lage Rugklachten'⁸) zodat er tussen de diverse beroepsgroepen consensus bestaat over de richtlijn.

A.5 Opbouw, producten en implementatie van de richtlijn

De richtlijn is opgebouwd uit drie delen, namelijk de 'Praktijkrichtlijn', de 'Verantwoording en toelichting' en een geplastificeerd schematisch overzicht van de kernpunten van de richtlijn (de 'Samenvatting'). Uit didactische overwegingen en om de bruikbaarheid in de praktijk te bevorderen, is gekozen voor deze driedeling. De delen van de richtlijn zijn ieder afzonderlijk zelfstandig te lezen.

De Verantwoording en toelichting bevat een uiteenzetting van de keuzes die zijn gemaakt bij de totstandkoming van de richtlijn. Een bijlage verklaart afkortingen en enkele begrippen. Deze 'KNGF-richtlijn

Manuele Therapie bij Lage-rugpijn' sluit aan bij de 'KNGF-richtlijn Lage-rugpijn'.⁹ Zij is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke evidentie wat betreft diagnostiek, prognose, therapie en complicaties. Naast de literatuur speelden vakinhoudelijke ontwikkelingen en andere overwegingen (zoals praktische implicaties) een rol bij het opstellen van deze richtlijn.

A.6 Relatie met andere richtlijnen

De richtlijn sluit grotendeels aan bij de aanbevelingen in bestaande Nederlandse richtlijnen, zoals de 'NHG-Standaard Lage-Rugpijn'⁷ (huisartsen), de 'KNGF-richtlijn Lage-rugpijn'⁹ (fysiotherapeuten) en de 'NVAB-richtlijnen'⁴ (bedrijfsartsen) en bij die in internationale richtlijnen met betrekking tot de behandeling van lage-rugpijn.¹⁰⁻¹⁴

Een belangrijk verschil tussen de diverse richtlijnen betreft de aanbeveling voor de behandeling met manuele therapie. Volgens de NHG-Standaard is behandeling met manuele therapie in de acute fase niet zinvol.⁷ Ook Australische en Israëlische richtlijnen bevelen behandeling met manuele therapie in de acute fase niet aan, terwijl andere buitenlandse richtlijnen (Amerikaanse, Nieuw-Zeelandse, Finse, Zweeds, Deense, Engelse, Zwitserse en Duitse) dat juist wél doen.¹¹ Hoewel in de literatuur niet is te achterhalen waarom de samenstellers van genoemde richtlijnen een afwachtende houding innamen ten aanzien van manuele therapie bij lage-rugpijn in de eerste zes weken van de klachten, zijn er wel kanttekeningen te plaatsen bij de door hen genoemde 'negatieve' effecten. Zo stelt de NHG-Standaard dat behandeling met manuele therapie in de acute fase niet geïndiceerd is vanwege de potentiële bijwerkingen, het passieve karakter en de kosten van de behandeling. Voor de samenstellers van de NHG-standaard wegen de positieve effecten die sommige onderzoekers noemen niet tegen deze nadelen op.¹⁶⁻¹⁸ Hierbij zijn een aantal kanttekeningen te plaatsen. In de eerste plaats geven de richtlijnen voor vermeende bijwerkingen, zoals het afhankelijk zijn van de therapeut, geen wetenschappelijke bewijzen. Het passieve karakter van de manuele therapie geldt op zich wel voor het onderdeel 'het teweegbrengen van articulaire bewegingen', maar manuele therapie omvat óók advisering ten aanzien van houding en beweging en oefentherapie. Uit het onderzoek 'Profiel Patiënten Populatie

Manuele Therapie' blijkt dat de manueeltherapeuten aan ongeveer de helft van hun patiënten met lage-rugklachten ook advies, voorlichting en oefentherapie geven.¹⁹ Ten aanzien van de kosten is het de vraag hoe de kosten van de behandeling met manuele therapie zich verhouden tot die van het ziekteverzuim van niet met manuele therapie behandelde patiënten. Een behandeling met manuele therapie beslaat meestal een beperkt aantal zittingen; in genoemd onderzoek is het gemiddelde 5,5 zitting.¹⁹ Het feit dat in de buitenlandse commissies voor richtlijnen chiropractoren zitting hadden en in de Nederlandse (NHG-commissie) niet, speelde vermoedelijk een rol bij het bepalen van het standpunt ten aanzien van manuele therapie in de 'NHG-Standaard lage-rugpijn'.

Funcities, activiteiten en participatie

De manueeltherapeut beschrijft het gezondheidsprobleem van patiënten met lage-rugpijn in termen van stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen. Stoornissen zijn de manifestaties van een aandoening. Zij hebben betrekking op de anatomische structuur of op een functie van het bewegingssysteem: bijvoorbeeld verminderde mobiliteit, afgenomen spierkracht, pijn, sensibiliteitsstoornissen of angst om te bewegen. Beperkingen hebben betrekking op problemen in het uitvoeren van activiteiten zoals bukken, reiken of lopen.

Participatieproblemen hebben betrekking op problemen in het uitvoeren van werk of het vervullen van de sociale rol. De begrippen 'stoornissen in functies', 'beperkingen in activiteiten' en 'participatieproblemen' zijn ontleend aan de Internationale Classificatie van het menselijk functioneren.²⁰ De richtlijn hanteert deze begrippen om eenheid van taal binnen de manuele therapie te bevorderen. In ICF-terminen is (dis)functioneren een overkoepelend begrip voor de verschillende dimensies 'functies', 'activiteiten' en 'participatie'. De NHG-Standaard Lage-rugpijn gebruikt de term 'disfunctioneren', gedefinieerd als 'niet kunnen voldoen aan de eisen die de patiënt of diens omgeving stelt aan het dagelijks functioneren met betrekking tot ADL en het normale werk'.⁷

Doelgroep

Om de aanbevelingen die in deze richtlijn worden gegeven adequaat te kunnen uitvoeren, dienen

manueeltherapeuten het natuurlijk beloop van lage-rugpijn te kennen. Zij dienen over manueeltherapeutische vaardigheden te beschikken, zowel van manuele therapie in enge als in ruime zin. Zij dienen inzicht te hebben in bevorderende en/of belemmerende factoren ten aanzien van het beloop van lage-rugpijn, in gedragsgeoriënteerde principes en het methodisch geven van voorlichting. Daarnaast dienen zij te beschikken over kennis van wetenschappelijke evidentie van de manuele therapie bij patiënten met lage-rugpijn.

A.7 Afbakening lage-rugpijn

De 'KNGF-richtlijn Manuele therapie bij lage-rugpijn' heeft betrekking op patiënten met aspecifieke lage-rugpijn. Vormen van specifieke lage-rugpijn zijn buiten beschouwing gelaten.

Voor de afbakening van aspecifieke lage-rugpijn is gebruikgemaakt van de omschrijving van een 'simple backache' van Waddell 'Clinical presentation usually at age 20-55 years, lumbosacral region, buttocks and thighs, pain is 'mechanical' in nature; varies with physical activity and varies with time, patiënt well'.²¹ Er lijkt geen relatie te bestaan tussen afwijkingen op röntgenfoto's en aspecifieke lage-rugklachten.²² Recidiverende rugklachten zijn klachten die binnen een periode van één jaar in meerdere episoden optreden en waarbij de totale duur van de klachten minder is dan zes maanden.²³

Uit onderzoek naar het profiel van patiënten met aspecifieke lage-rugklachten voor wie behandeling met manuele therapie is geïndiceerd, blijkt dat er verschillen bestaan tussen patiënten met een verwijzing fysiotherapie respectievelijk een verwijzing manuele therapie.¹⁹ Kenmerken van patiënten bij wie behandeling met manuele therapie is geïndiceerd zijn: leeftijdsklasse 35-44 jaar, een hogere opleiding (MBO/HBO/universitair) met betaald werk.

Het valt op dat de meeste richtlijnen niet aangeven welke specifieke kenmerken van patiënten met lage-rugpijn aanwijzingen zijn voor behandeling met manuele therapie. Hoewel de richtlijnen aangeven dat manuele therapie in de eerste 4 tot 6 weken van de klachten (bij de NHG-standaard Lage-rugpijn na 6 weken) een positief effect kan hebben, geven zij geen criteria op basis waarvan een arts kan besluiten een patiënt al dan niet door te verwijzen naar de manueeltherapeut.⁷ Het perspectief van de patiënt en de

verwijzer vormt één van de uitgangspunten voor de verwijzing naar manueeltherapeut (bijvoorbeeld eerdere positieve ervaring van de patiënt).^{19,24} Rode en gele vlaggen zijn geïntroduceerd in de Nieuw-Zeelandse richtlijn.¹⁴ Rode vlaggen zijn biomedische factoren (waarschuwingssignalen), zoals het cauda equina syndroom, koorts, intraveneus drugsgebruik, langdurig gebruik van corticosteroiden, gewichtsverlies, ernstige continue nachtelijke pijn, tumor in de voorgeschiedenis of een ernstig trauma. Deze rode vlaggen kunnen wijzen op (ernstige) pathologieën van de wervelkolom en vereisen aanvullende diagnostiek. De richtlijn beschrijft gele vlaggen bij de prognose en het beloop van de klachten (zie paragraaf A.9).

A.8 Omvang van het probleem

Frymoyer beschrijft in zijn overzichtsartikel dat 60 tot 90 procent van de hele bevolking ooit een episode van lage-rugpijn doormaakt.¹ De jaarlijkse incidentie van lage-rugpijn is 5 procent. De incidentie en prevalentie van aspecifieke lage-rugpijn in de huisartsenpraktijk bedragen respectievelijk 30 en 35 episoden per 1000 geregistreerde patiënten per jaar.¹² Het beleid van de huisartsen anno 1998 komt grotendeels overeen met dat van de 'NHG-standaard Lage-rugpijn'.²⁵ Bij 72 procent van alle patiënten met lage-rugpijn stelde de huisarts de diagnose 'aspecifieke lage-rugpijn'.

In Nederland verwijst de huisarts 1 procent van de patiënten met chronische lage-rugklachten naar de manueeltherapeut; ter vergelijking: de huisarts verwijst 16 procent van deze groep patiënten naar de fysiotherapeut.²² Uit het onderzoek Profiel Patiënten Populatie Manuele Therapie is aspecifieke lage-rugpijn een veel voorkomende verwijsdiagnose (31,8 procent tegen 13,5 procent van de verwijzingen fysiotherapie).¹⁹ In Nederland verwijst de huisarts 2 procent van de patiënten met acute aspecifieke lage-rugpijn en 19 procent van de patiënten met chronische aspecifieke lage-rugpijn naar de manueeltherapeut.²⁶ Lage-rugpijn vormt niet alleen een groot gezondheidsprobleem, maar tevens een belangrijk economisch probleem. In 1991 werden in Nederland de kosten van lage-rugpijn voor de maatschappij geschat op 1,7 procent van het Bruto Nationaal Product.²⁷ Van deze kosten nemen de indirecte kosten (arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, ziekteverzuim) het

grootste deel voor hun rekening, namelijk 93 procent van de totale kosten. Geschat wordt dat 7 procent van de totale kosten in de gezondheidszorg en 19 procent van de totale paramedische kosten door rugklachten veroorzaakt worden.^{28,29}

A.9 Prognose en beloop

Bij meer dan de helft van de patiënten (60 procent) begint een episode lage-rugpijn plotseling. De klach-

ten treden op tijdens activiteiten zoals bukken of tillen. Bij de overige patiënten (40 procent) beginnen de klachten langzaam.¹³ De oorzaak van lage-rugpijn blijft meestal onbekend;³⁰ bij ongeveer 90 procent van de patiënten wordt geen specifieke medische diagnose gesteld.

Het beloop van lage-rugpijn hangt samen met de populatie waarin de steekproef is genomen. In een open populatie is de prognose meestal gunstig.

Tabel 3. Gele vlaggen.^{13,32,34}

Psychosociale factor	Omschrijving
Attitude	Ideeën omtrent de pijn: <ul style="list-style-type: none"> • De patiënt denkt dat de rugpijn een aandoening is die beschadigend werkt. • De patiënt denkt dat de pijn oncontroleerbaar is. • De patiënt denkt dat rust het beste is en dat activiteiten de rugpijn verergeren.
Behavior	Gedrag: <ul style="list-style-type: none"> • De patiënt gebruikt hulpmiddelen, medicatie en pijnstillers. • De patiënt ligt veel op bed en vermijdt dagelijkse activiteiten. • De patiënt slaapt slechter sinds het ontstaan van de rugpijn.
Compensation issues	Financiële consequenties: <ul style="list-style-type: none"> • De patiënt heeft er geen financieel belang bij om het werk te hervatten. • Er was sprake van uitkeringsproblematiek bij eerder verzuim van het werk gedurende een langere periode (bijvoorbeeld 12 weken), die was gerelateerd aan het rugpijnprobleem.
Diagnosis and treatment	Diagnostiek en behandeling: <ul style="list-style-type: none"> • Er bestaat verwarring omtrent de diagnose. • De patiënt is afhankelijk van eerdere behandelingen. • Er is sprake van passieve behandelmodaliteiten. • De patiënt onderging in het verleden een reeks ineffectieve behandelingen.
Emotions	Emoties: <ul style="list-style-type: none"> • De patiënt heeft vrees om het werk te hervatten. • De patiënt is depressief en sneller geïrriteerd dan voorheen. • De patiënt is angstig en heeft een toegenomen aandacht voor lichamelijke gewaarwordingen (inclusief verhoogde arousal).
Family	Gezin: <ul style="list-style-type: none"> • De patiënt heeft een overbeschermende partner die het gevaar op beschadiging en letsel benadrukt. • De patiënt krijgt onvoldoende steun bij de hervatting van de activiteiten.
Work	Bepaalde beroepen: <ul style="list-style-type: none"> • De patiënt is verpleegkundige, vrachtwagenchauffeur of bouwvakker of zwaar tillen hoort bij zijn beroep. • De patiënt is ervan overtuigd dat werk schadelijk is. • De patiënt heeft problemen in de huidige werksetting. • De patiënt heeft negatieve eerdere ervaringen bij werkhervatting na een episode van rugpijn.

Volgens schatting verdwijnt de lage-rugpijn bij 75-90 procent van de patiënten binnen 4-6 weken.¹³ Van de patiënten die vanwege hun lage-rugpijn het spreekuur van de huisarts bezoeken, is de prognose iets minder gunstig. Van hen is 65 procent na 12 weken klachtenvrij.³¹ Lage-rugpijn is vaak recidiverend. Driekwart van de patiënten die voor lage-rugpijn de huisarts consulteerde, kreeg binnen één jaar één of meerdere recidieven.³¹ Eerdere episoden van rugpijn hebben een negatief effect op het herstel en voorspellen op die manier de kans om langdurige rugpijn te ontwikkelen.³² Er bestaat steeds meer consensus dat bij lage-rugpijn de mate van beperkingen de belangrijkste uitkomstmaat is.³³

Prognostische factoren (gele vlaggen) voor het voortbestaan van de klachten in de subacute fase

Psychosociale factoren die kunnen wijzen op een verhoogde kans op chroniciteit bij lage-rugklachten worden gele vlaggen genoemd.^{14,32,34} Typische voorbeelden van gele vlaggen zijn: vrees voor pijn en letsel aan de lage-rug, de overtuiging dat pijn een teken is van ernstige schade, de verwachting dat passieve behandeling meer soelaas biedt dan actieve participatie. Gele vlaggen zijn factoren die de kans vergroten op het ontwikkelen of de instandhouding van langdurige beperkingen en arbeidsverzuim bij lage-rugpijn. De term 'gele vlag' is bedoeld om:^{14,32,34}

- 1 te kunnen besluiten of een gedetailleerder onderzoek naar het betreffende probleem nodig is;
- 2 na te gaan waar de kern van een probleem ligt, wat gerichte interventie mogelijk maakt.

Zie voor een overzicht van de gele vlaggen uit de internationale literatuur tabel 3.

De beoordeling van psychosociale factoren die de kans op het ontwikkelen van chronische lage-rugpijn verhogen is langzamerhand een belangrijk deel van de behandeling van patiënten met lage-rugpijn uit gaan maken. Screenen van patiënten maakt vroegtijdige identificatie van deze factoren mogelijk, wat leidt tot effectievere behandeling. Een vragenlijst die voor deze screening gebruikt kan worden, is de Screening Questionnaire for Psychosocial Risk Factors,^{34,35} inmiddels vertaald in het Nederlands.³² Van deze Nederlandstalige versie zijn echter de betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit nog niet

bekend. Vandaar dat de werkgroep deze vragenlijst in onderhavige richtlijn niet adviseert als screeningsinstrument.

Linton³⁶ beschrijft vijf variabelen (factoren) die de prognose van chronische lage-rugpijn negatief beïnvloeden:

- 1 angst dat werkzaamheden schadelijk zijn;
- 2 waargenomen verbetering die niet voldoet aan het verwachtingspatroon van de patiënt;
- 3 problemen met functioneren op het werk;
- 4 stress;
- 5 eerdere afwezigheid vanwege ziekte.

Prognostische factoren voor lage-rugklachten in de chronische fase

Prognostische factoren voor chronische pijn en beperkingen in activiteiten zijn met name werkgerelateerde en psychosociale factoren.³⁷ Prognostische factoren kunnen de klachten ook positief beïnvloeden. Hiervan is sprake indien een patiënt op adequate wijze met klachten omgaat of indien de omgeving van een patiënt het ondernemen van activiteiten juist stimuleert in plaats van afremt. Linton³⁵ heeft een systematische review uitgevoerd naar de relatie tussen psychische factoren en rug- en nekpijn. In totaal zijn 36 prospectieve studies geïnccludeerd. Op basis van meerdere relevante en kwalitatief goede studies concludeert Linton dat psychosociale factoren sterk zijn gerelateerd aan de overgang van acute naar chronische pijn en beperkingen. Ook is gebleken dat psychosociale factoren over het algemeen een grotere impact hebben op beperkingen ten gevolge van rugpijn dan biomedische of biomechanische factoren. Hierbij spelen het gedrag, de attitude en de emoties van de patiënt een belangrijke rol. Passieve coping, opvattingen over pijn zoals catastrofen, en emoties zoals depressie en angst, hangen sterk samen met pijn en beperkingen. Er is matig tot sterk bewijs dat deze psychosociale factoren pijn en beperkingen op de lange termijn kunnen voorspellen.

Waddell en Waddell hebben een systematische review verricht naar de invloed van sociale factoren op rug- en nekpijn.³⁴ Zij concluderen dat er veel aanwijzingen zijn dat sociale factoren gerelateerd zijn aan rug- en nekpijn, maar ook dat de onderzoeken van matige methodologische kwaliteit zijn. Sociale factoren die consistente bevindingen laten zien in één systemati-

sche review of in meer dan twee kwalitatief goede studies zijn een lagere sociale klasse en psychosociale aspecten van het werk (waaronder minder tevreden zijn met de werksituatie). De auteurs benadrukken dat sociale factoren geen risicofactoren zijn voor het ontstaan van rug- of nekpijn, maar dat sociale factoren het beloop van de rug- en nekpijn kunnen beïnvloeden en ook van invloed kunnen zijn op de manier waarop patiënten met de klachten omgaan. Uit diverse studies concludeert Waddell dat terugkeer naar werk vertraagd is bij specifieke lage-rugpijn, bij recidieven, bij ambachtslieden en bij een lagere sociaal-economische klasse.³⁷

Ziekteverzuim

Van de werkenden met lage-rugpijn verzuimt 90-95 procent niet van hun werk.²¹ Op basis van verschillende studies beschrijft Waddell het ziekteverzuim in de tijd: binnen één week heeft 67 procent van de patiënten het werk weer opgepakt, na één maand 84 en na twee maanden 90 procent.¹³ De curve vlakt af bij drie maanden ziekteverzuim; patiënten die hun werk dan nog verzuimen, hebben een grote kans om afwezig te blijven. Na één jaar is het ziekteverzuim gedaald tot 3 procent. Na twee jaar ziekteverzuim is de kans om weer aan het werk te gaan vrijwel nihil. In de literatuur laten dergelijke 'terugkeer naar werk'-curves dezelfde vorm zien: in het begin een snelle stijging, die langzaam afvlakt.^{38,39} Wel bestaat er verschil tussen het percentage patiënten dat na één jaar nog verzuimt van het werk. Dit varieert van 1-2 procent tot 5-10 procent van de patiënten. De terugkeer naar werk is afhankelijk van de mate van pijn en fysieke beperkingen.⁴⁰

Biopsychosociaal model

In het traditionele (biomedische) ziektemodel zijn pijnklachten rechtstreeks het gevolg van de onderliggende pathologie. Volgens dit model zullen met het wegnemen van de pathologie de klachten afnemen. Aspecifieke lage-rugpijn is niet te verklaren met behulp van dit model, omdat de klachten en de verschijnselen niet correleren met de observeerbare pathologie. Tegenwoordig wordt (lage-rug)pijn daarom meer en meer benaderd vanuit het biopsychosociale perspectief. Vanuit dit perspectief is (lage-rug)pijn het resultaat van interactie tussen biologische, psychische en sociale factoren.^{41,42}

Psychosociale factoren zouden vooral een rol spelen bij het voortbestaan van de klachten. De belangrijkste aanname van een gedragsgeoriënteerde benadering is dat niet alleen somatische factoren pijn en beperking in activiteiten beïnvloeden, maar ook psychologische en sociale factoren (indien gevonden). Chronische lage-rugklachten zijn niet alleen een fysiek probleem. Zij hangen eveneens af van het gedrag en de overtuiging, de psychische nood en het ziektegedrag van de patiënt.

A.10 Manuele therapie in enge en in ruime zin *Manuele therapie in enge zin*

Manuele therapie in enge zin richt zich op diagnostiek en behandeling van stoornissen in gewrichtsfunctie door het teweegbrengen van articulaire bewegingen, met de daarbij behorende informatie (gericht op bewegingsadviezen), specifieke oefentherapie en zelfstandig oefenen.

Manuele therapie in ruime zin

Manuele therapie in ruime zin richt zich op diagnostiek en behandeling van beperkingen in activiteiten en participatieproblemen (en de beïnvloedbare psychosociale factoren) door begeleiding (adviseren/informereren) en oefenen van functies en activiteiten, eventueel ondersteund dan wel gevolgd door het teweegbrengen van articulaire bewegingen.

Manuele therapie in ruime zin omvat vanuit het biopsychosociale perspectief een beroepsspecifiek oordeel over de gezondheidstoestand van de patiënt waarbij de manueeltherapeut inventariseert en analyseert wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn voor biologische en gedragsmatige herstellen en aanpassingsprocessen.⁴³ Naast de (biologische) stoornissen in functies beïnvloedt de manueeltherapeut ook de psychosociale factoren. Onderdeel hiervan is het in kaart brengen van de stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen en hun onderlinge samenhang.

A.11 Indeling van patiënten met lage-rugpijn *Indeling in fasen*

De werkgroep deelt lage-rugpijn in naar de duur van de klachten: 0-6 weken (acute fase), 7-12 weken (subacute fase) of > 12 weken (chronische fase). Hiermee sluit de werkgroep aan bij de indeling in de

NHG-Standaard Lage-rugpijn⁷ en die in andere internationale richtlijnen.¹⁰⁻¹³

Indeling in profielen

In de verschillende te onderscheiden profielen zocht de werkgroep aansluiting bij bestaande richtlijnen.¹⁰⁻¹³

Voor de positionering en plaatsbepaling van de manuele therapie is verdere verfijning binnen de tijdsindeling wenselijk dan alleen op basis van de duur van de klachten. De indeling in profielen is tot standgekomen op basis van evidentie^{7,8,10} op basis van het oordeel van experts en dat van de leden van de werkgroep.

De richtlijn maakt per fase onderscheid in de twee profielen:

- 1 acute fase (0-6 weken):
 - profiel 1a: Het beloop van de klachten is normaal.
 - profiel 1b: Het beloop van de klachten is afwijkend.
- 2 subacute fase (7-12 weken):
 - profiel 2a: Het beloop van de klachten is afwijkend; er zijn geen gele vlaggen;^{21,32,34}
 - profiel 2b: Het beloop van de klachten is afwijkend; er zijn wel gele vlaggen.^{21,32,34}
- 3 chronische fase (> 12 weken):
 - profiel 3a: De patiënt gaat adequaat om met de klachten; beschikt over een hoge mate van zelfcontrole en een adequate manier van coping; de patiënt kan belasting en belastbaarheid op elkaar afstemmen en er is sprake van een aangepaste participatie; er zijn episoden van toegenomen pijnklachten.
 - profiel 3b: De patiënt gaat inadequaat om met de klachten; beschikt over weinig tot geen zelfcontrole en niet over een adequate manier van coping; de patiënt kan belasting en belastbaarheid niet op elkaar afstemmen; er is sprake van een verminderde participatie.

A.12 Wijze van omgaan met klachten

Sommige patiënten gaan adequaat met hun klachten om (actieve coping), anderen niet (passieve coping). Coping kan gedefinieerd worden als de cognitieve en gedragsmatige inspanningen die het individu levert met het doel interne of externe eisen, gecreëerd door een stressor, te beheersen, te reduceren en te tolereren.⁴⁴ Als een patiënt een actieve copingstijl heeft,

onderneemt hij zelf actie om de pijn beheersbaar te maken (denk aan afleiding zoeken of bewegen). Een patiënt met een passieve copingstijl stelt zich passief op om de pijn onder controle te houden (denk aan bedrust of het gebruik van medicatie), stelt zich afhankelijk op van anderen en beperkt zijn activiteiten.⁴⁵ Actieve coping wordt geassocieerd met beter functioneren, passieve coping met slechter functioneren.⁴⁵ De kenmerken van de patiënt en de interactie tussen de patiënt en zijn omgeving (waartoe ook de manueeltherapeut behoort) bepaalt de manier waarop een patiënt met zijn klachten omgaat.

Kenmerken van de patiënt

Bij de kenmerken van de patiënt valt onderscheid te maken tussen de betekenis die de persoon zelf toekent aan zijn klachten en de controle die de patiënt over de klachten ervaart.

De betekenis die iemand toekent aan zijn klachten is gebaseerd op de subjectieve beleving – variërend van ‘niet bedreigend’ tot ‘erg bedreigend’ – en op de interpretatie van sensorische prikkels. Als een patiënt denkt dat de lage-rugpijn een teken is van weefselbeschadiging en dat toename van pijn (bijvoorbeeld bij het bewegen) een teken is van nieuwe weefselbeschadigingen, ervaart hij klachten als bedreigend. Dit kan angst om te bewegen tot gevolg hebben. Hoe bedreigender de patiënt zijn klachten vindt, des te groter is de kans dat de patiënt op een inadequate wijze met de klachten omgaat. Indien de betekenis die door de patiënt wordt toegekend aan de prikkel of situatie niet in overeenstemming is met de objectieve werkelijkheid wordt gesproken van een denkfout. Een veel voorkomende denkfout is catastroferen, waarbij de patiënt de pijn en de situatie waarin de pijn zich voordoet, beschouwt als een ernstige bedreiging, een catastrofe.

Tevens speelt de mate waarin iemand het gevoel heeft controle te kunnen uitoefenen op pijn een belangrijke rol. De patiënt kan zijn eigen gezondheid beleven als voornamelijk intern gecontroleerd (‘internal locus of control’: iemand heeft controle over zijn eigen gezondheid) of als voornamelijk extern gecontroleerd (‘external locus of control’: iemand geeft de controle over zijn gezondheid aan anderen, bijvoorbeeld aan de manueeltherapeut).⁴⁶ Een ‘interne locus of control’ gaat vaak samen met actieve coping en daarmee met het beter kunnen omgaan met de pijn.⁴⁵

Zowel de toegekende betekenissen als de waargenomen controle zijn bepalend voor het bewegingsgedrag van de patiënt. Als pijn wordt beschouwd als een signaal van dreigend letsel (catastroferen) is de kans groot dat bewegingsangst ontstaat. Bewegingsangst is de irrationele angst dat bewegen (opnieuw) pijn of letsel teweeg zal brengen, wat kan leiden tot het in toenemende mate vermijden van beweging.⁴⁷ De kans is groot dat een patiënt activiteiten vermijdt waarvan hij verwacht dat deze, op basis van eerdere ervaringen, veel pijn opleveren waarop hij geen controle kan uitoefenen.

Interactie tussen patiënt en omgeving

Sociale steun helpt iemand omgaan met tegenslagen en met het aanpassen aan veranderingen. De belangrijkste bron van sociale steun is de partner. Patiënten met lage-rugpijn die sociale steun ontvangen herstellen sneller en pakken sneller de draad van hun gewenste activiteiten weer op. Aan de andere kant kan sociale steun ook juist bijdragen aan het instandhouden van klachten. Bijvoorbeeld wanneer de partner de patiënt alles uit handen neemt en hierdoor denkfouten bij de patiënt instandhoudt. Tegenstrijdige informatie en adviezen van verschillende hulpverleners kunnen de patiënt angstig maken. De attitude van de manueeltherapeut, waaronder de wijze waarop hij omgaat met de klachten van de patiënt, lijkt van invloed op het beloop van de klachten. Bij patiënten met chronische lage-rugpijn is het van belang dat een tijdcontingent beleid wordt gevolgd.³² Dit houdt in dat activiteiten stapsgewijs worden opgebouwd op geleide van de tijd en niet op geleide van de pijn. Het primaire doel van dit beleid is het verbeteren van het functioneren van de patiënt en niet het verminderen van pijn.

A.13 Samenwerking met andere professies

Samenwerking met andere professies en de standaarden en/of richtlijnen van die professies zullen de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de zorg vergroten. De manueeltherapeut dient op lokaal niveau afspraken te maken met de betrokken professies (zoals huisarts, ergotherapeut, psycholoog, bedrijfsarts) over de specifieke invulling van het beleid bij deze patiëntengroep.

Ter afstemming van de communicatie tussen de manueeltherapeut en de huisarts kan de manueel-

therapeut gebruikmaken van speciaal hiervoor ontwikkelde handreikingen: De 'Handreiking-Consultatie', 'Handreiking-Verwijsbrief', 'Handreiking-Tussentijds Contact' en de 'Handreiking-Verslaggeving'.⁴⁸ De 'Handreiking-Indicatiestelling' biedt aanknopingspunten om de 'KNGF-richtlijn Manuele therapie bij lage-rugpijn' te bespreken en het beleid op elkaar af te stemmen.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft een standaard uitgebracht over lage-rugpijn.⁷ Uitgangspunt van deze standaard is dat bij acute lage-rugpijn geen enkele behandeling een beter resultaat heeft dan het afwachten van het natuurlijk beloop. Bij lage-rugpijn die langer duurt dan zes weken is het beleid vooral gericht op het voorkomen of verminderen van het disfunctioneren van de patiënt.

De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) heeft een richtlijn uitgebracht betreffende het handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage-rugklachten.¹⁰ Doel van het handelen is voorkomen dat werknemers die zich ziek hebben gemeld vanwege lage-rugklachten onnodig lang hun werk verzuimen en daardoor langdurig arbeidsongeschikt worden. De bedrijfsarts kan de werkgever adviseren over eventueel noodzakelijke aanpassingen in het werk zoals aanpassingen in werktijd, taken, ergonomie of in de opstelling van leiding en collega's (de sociale omgeving op het werk). Patiënten die verzuimen van het werk maken, in samenspraak met leidinggevende en bedrijfsarts, een plan voor stapsgewijze opbouw van het werk. Om dit proces goed te laten aansluiten op de begeleiding van de manueeltherapeut (het opheffen van de beperkingen in activiteiten), is afstemming belangrijk. Zo nodig overlegt de manueeltherapeut hierover met de bedrijfsarts. Samengevat: '(...) bij de werknemer die twee weken verzuimt met aspecifieke rugpijn dient de begeleiding gericht te zijn op activering, ongeacht de medicatie die de werknemer gebruikt. Deze activering kan het beste zoveel mogelijk aansluiten bij de dagelijkse werkzaamheden. Er is weinig reden om bepaalde behandeling in te zetten. Als de werknemer toch besluit tot een bepaalde behandeling, lijkt manuele therapie (in enge zin) de beste optie'.^{10,49} Een multidisciplinaire richtlijn voor patiënten met lage-rugpijn in de vorm van een CBO-Richtlijn is beschikbaar.⁸ In de CBO-Richtlijn wordt aanbevolen dat in de acute en in de chronische fase manipulatie gebruikt kan wor-

den als onderdeel van een activerend beleid bij patiënten met acute lage-rugklachten die niet terugkeren naar hun normale activiteitsniveau.

B Diagnostisch proces

Uitgangspunt van het methodisch handelen van de manueeltherapeut is het proces van het probleemoplossend handelen.⁵⁰ Hierbij zijn de volgende fasen te onderscheiden: de aanmelding/verwijzing, de anamnese, het onderzoek, de analyse (inclusief de formulering van de manueeltherapeutische diagnose), behandelplan, behandeling, evaluatie, afsluiting en verslaggeving.⁵¹⁻⁵³

Bij de diagnostiek wordt een analyse gemaakt van het individuele bewegingssysteem met acceptatie van asymmetrie van vorm en functie. Deze analyse dient als uitgangspunt voor de behandeling.

Gewrichtsfuncties van het individuele bewegingssysteem worden benaderd en beschouwd in hun onderlinge samenhang van biomechanica en sturing. De manueeltherapeut stelt met name de kwaliteit vast van gewrichtsfuncties in hun onderlinge samenhang (de artrogene, musculaire, neurogene keten) en relateert deze kwaliteit aan het klachtenpatroon van de patiënt en diens functioneren in het dagelijkse leven. De manueeltherapeut benoemt het gezondheidsprobleem van de patiënt in termen van functies, anatomische eigenschappen van structuren, activiteiten, participatie, externe en persoonlijke factoren.

B.1 Verwijzing/aanmelding

Belangrijke verwijsgegevens bij patiënten met lage-rugpijn zijn: de hulpvraag van de patiënt, de verwijsreden, het beloop van het functioneren (activiteiten en participatie) en gegevens over aanvullend onderzoek en prognose. Aanvullende verwijsgegevens zijn: eventuele (relatieve) contra-indicaties voor manuele therapie, de voorgeschreven medicatie, comorbiditeit en de aanwezigheid van relevante biopsychosociale factoren die van invloed zijn geweest op het beloop.

B.2 Anamnese

In de anamnese wordt aan de patiënt vragen gesteld die nodig zijn om een manueel diagnostisch onderzoek te kunnen uitvoeren. Daarbij komen zowel de hulpvraag en de klachten van de patiënt (ontstaanswijze, aard, ernst, beloop) aan de orde als de medische

(voor)geschiedenis (rode vlaggen), psychosociale factoren (gele vlaggen) en externe factoren (bijvoorbeeld werkomstandigheden, attitude van familieleden) en persoonlijke factoren (bijvoorbeeld leefstijl, levensgewoonten) die van invloed kunnen zijn op het ontstaan, dan wel blijven bestaan van lage-rugpijn. Tevens verzamelt de manueeltherapeut gegevens over de (relatieve) contra-indicatie voor manuele therapie.

Op grond van deze gegevens inventariseert de manueeltherapeut het actuele gezondheidsprobleem van de patiënt. Tevens bepaalt hij de prognostische factoren in relatie tot het te verwachten beloop.

Bij patiënten met lage-rugpijn is de wijze van omgaan met de klachten een belangrijk item. In de anamnese dient de manueeltherapeut te achterhalen welke betekenis de patiënt aan zijn klachten toekent, of er sprake is van irrealistische gedachten (denkfouten) bij de patiënt, of de patiënt controle heeft over zijn klachten en of er sprake is van bewegingsangst.

B.3 Contra-indicaties

Absolute contra-indicaties

De absolute contra-indicaties voor het behandelen met manuele therapie zijn:⁵⁴⁻⁵⁷

- bot: tumoren (bijvoorbeeld metastasen); infecties (bijvoorbeeld tuberculose); botafbraak (bijvoorbeeld osteomalacie); congenitale afwijkingen (bijvoorbeeld dysplasie); iatrogene afwijkingen (bijvoorbeeld langdurig gebruik van corticosteroiden); ontstekingen (bijvoorbeeld ernstige reumatoïde artritis), traumata (bijvoorbeeld fracturen);
- neurologisch: compressie van het ruggenmerg of de cauda equina; zenuwwortelcompressie met toenemende neurologische uitval;
- vasculair: aorta aneurysma; intra-articulaire bloeding;
- de patiënt verleent geen toestemming voor de behandeling;
- de patiënt kan de uitgangshouding die voor de behandeling nodig is niet innemen door pijn of weerstand.

Relatieve contra-indicaties

De relatieve contra-indicaties voor het behandelen met manuele therapie zijn:⁵⁴⁻⁵⁷

- negatieve reactie op eerdere manuele therapie;
- hernia nuclei pulposi (HNP) (met radiculair syndroom);

- artrogene ontstekingen;
- spondylolysis;
- spondylolisthesis;
- zwangerschap;
- osteoporose;
- gebruik van antistollingsmiddelen of langdurig gebruik van corticosteroiden;
- forse degeneratie van het gewricht of spondylolysis;
- psychologische afhankelijkheid van manuele therapie;
- ligamentaire laxiteit.

B.4 Meetinstrumenten

Deze richtlijn adviseert gebruik te maken van twee meetinstrumenten. Om de functionele status van de patiënt te bepalen, adviseert de richtlijn het meetinstrument Patiënt Specifieke Klachten (PSK)⁵⁸ aan. Voor het invullen daarvan maakt de patiënt allereerst een lijst fysieke activiteiten waarbij de rugpijn hem hindert. De activiteiten moeten voor de patiënt persoonlijk relevant (belangrijk) zijn en de uitvoering moet regelmatig plaatsvinden (per week).

Vervolgens selecteert de patiënt hieruit de drie moeilijkste, belangrijkste en meest frequent uitgevoerde activiteiten. De patiënt scoort aan het begin en aan het einde van de behandeling op een Visual Analogue Scale (VAS) hoeveel moeite hij heeft bij het uitvoeren van deze drie activiteiten. Er zijn nog geen gegevens bekend over de betrouwbaarheid van het instrument. Wel is uit de literatuur bekend dat de PSK responsief is bij patiënten met lage-rugpijn.⁵⁹

Voor het in kaart brengen van de beperkingen en participatieproblemen adviseert de richtlijn de Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS). De QBPDS bevat twintig items op het gebied van dagelijkse activiteiten: bedrust, zitten-staan, lopen, bewegen, bukken en zware voorwerpen verplaatsen. Per vraag zijn er zes antwoordcategorieën: 'totaal geen moeite', 'nauwelijks moeite', 'enige moeite', 'veel moeite', 'zeer veel moeite' en 'niet in staat'. De totaalscore is de somscore van alle items. Deze varieert van 0 (geen beperking) tot 100 (volledig beperkt). De Nederlandse versie is valide, betrouwbaar en responsief.⁶⁰ Voor beide instrumenten verwijst de werkgroep naar het boekje 'Meetinstrumenten chronische pijn'.⁶⁰

Linton en Hallden ontwikkelden de 24-item Acute Low Back Pain Screening Questionnaire (ALBSQ). Met dit instrument is het mogelijk te voorspellen welke

patiënten met acute rugpijn een groter risico lopen op langdurige beperking door hun rugpijn. Met de geautoriseerde Nederlandse versie van de ALBSQ is het mogelijk gele vlaggen in kaart te brengen.³² De betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse versie is nog niet bekend.

B.5 Analyse ter formulering van de onderzoeksdoelstellingen

Aan de hand van de gegevens uit de anamnese formuleert de manueeltherapeut een aantal onderzoeksdoelstellingen, waarvan de richting wordt bepaald door het profiel van de patiënt (1a/b, 2a/b of 3a/b).

Klassering van de patiënt in een van de profielen vindt plaats aan de hand van de volgende vragen:

- 1 In welke fase bevindt zich patiënt: acuut (0-6 weken), subacuut (7-12 weken) of chronisch (> 12 weken)?
- 2 Is er sprake van een normaal (vertraagd) of afwijkend beloop?

In geval van een afwijkend beloop:

- a Zijn er aanwijzingen voor de aanwezigheid van rode vlaggen (biomedische factoren)?^{14,32,34}
- b Zijn er aanwijzingen voor de aanwezigheid van gele vlaggen (psychosociale factoren)?^{14,32,34}

Bij patiënten met profiel 1a/b, 2a of 3a zijn de onderzoeksdoelstellingen primair gericht op het onderzoeken van de stoornissen in functies. Secundair zijn zij gericht op de beperkingen in activiteiten.

Bij patiënten met profiel 2b en 3b zijn de onderzoeksdoelstellingen primair gericht op het onderzoeken van de beperkingen in activiteiten en op de aanwezigheid van gele vlaggen. Secundair zijn zij gericht op de stoornissen in functies.

B.6 Onderzoek

Het onderzoek bestaat uit inspectie in rust, inspectie in beweging en functieonderzoek. Op basis van de onderzoeksdoelstellingen voert de manueeltherapeut de volgende onderzoeken uit:

- antropometrisch onderzoek; gericht op bijvoorbeeld de stand van de benen, het bekken en de wervelkolom;
- functieonderzoek, met name gewrichtsfunctieonderzoek (uitslag, richting van het bewegingsverloop, bewegingsweerstand, eindgevoel, pijn

(bewegingsbereidheid, -gedrag); spierkracht en bewegingspatronen) met manueeldiagnostische tests die inzicht geven in de gewrichtsfuncties en de voorkeur die de gewrichten vertonen op basis van hun configuratie, onder andere door het uitvoeren van driedimensionale bewegingen binnen de grenzen die de gewrichten toestaan; fysiologisch bewegingsgedrag en bewegen in fysiologische richtingen leggen de kwantitatieve en kwalitatieve gewrichtsstatus vast;

- activiteitenonderzoek, bedoeld als aanvulling op of verificatie van anamnestiche gegevens (bijvoorbeeld bukken, tillen, duwen, handhaven van houding, gaan en lopen).

Op grond van de gemeenschappelijke segmentale innervatie valt een segmentaal verband met disregulatie te herkennen tussen de stoornissen in functies van gewrichten, spieren, zenuwen en huid (segmentale stoornissen).

Over de betrouwbaarheid en de validiteit van de manueeldiagnostische tests voor het eenduidig vaststellen van gewrichtsfuncties is weinig bekend.⁶²⁻⁶⁴ Huijbregts meldt in zijn review dat onderzoeken naar de betrouwbaarheid van palpatie(technieken) bij spinale bewegingen nog methodologische en statistische tekortkomingen hebben en dat verder onderzoek nodig is.⁶⁴

De manueeltherapeut formuleert de uitkomsten van zijn onderzoek in termen van stoornissen in functies en maakt een inschatting van het niveau van het bewegend functioneren. Het lichamenlijk onderzoek dient ter controle, bijstelling en aanvulling van het anamnestiche profiel.⁴³

B.7 Analyse ter formulering van de manueeltherapeutische diagnose

De manueeltherapeut interpreteert de anamnestiche gegevens en de gegevens uit het functieonderzoek en formuleert op basis daarvan de manueeltherapeutische diagnose.

Aan de hand van het antwoord op de volgende vragen kan de manueeltherapeut bepalen of behandeling met manuele therapie in enge of ruime zin is geïndiceerd:

- 1 Zijn de bevindingen, inclusief de bevindingen van het lichamenlijk onderzoek, tijdens het diagnostische proces consistent? Provoceren de fysiologi-

sche functies de herkenbare klachten van de patiënt?

- 2 Zijn er aanwijzingen voor de aanwezigheid van rode vlaggen (biomedische risicofactoren)? Zo ja, welke?
- 3 Zijn er aanwijzingen voor de aanwezigheid van gele vlaggen? Zo ja, welke?
- 4 Zijn er contra-indicaties voor manuele therapie in enge zin? Zo ja welke?

Manuele therapie in enge zin

Behandeling met manuele therapie in enge zin is geïndiceerd indien het antwoord op vraag 1 'ja' is en op vraag 2, 3 en 4 'nee' (profiel 1b, 2a en 3a).

Manuele therapie in ruime zin

Behandeling met manuele therapie in ruime zin is geïndiceerd indien het antwoord op vraag 1, 2 en 4 'nee' is en op vraag 3 'ja' (profiel 2b en 3b).

Aan de hand van het antwoord op de volgende vragen kan de manueeltherapeut het gezondheidsprofiel van de patiënt vaststellen en de persoonlijke en externe factoren bepalen die door behandeling met manuele therapie in ruime zin zijn te beïnvloeden:

- 1 Is de (lokale en algemene) belasting afgestemd op de (lokale en algemene) belastbaarheid?
- 2 Hoe schat de manueeltherapeut de relatie in tussen stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen?
- 3 Kunnen de gevonden stoornissen in functies geordend worden in:
 - bewegingsstoornissen in één of meerdere gewrichten;
 - biomechanische patronen;
 - segmentale stoornissen?
- 4 Wat zijn op dit moment ongunstige (belemmerende) factoren voor herstel?
 - biomechanische factoren;
 - trofische factoren;
 - persoonlijke factoren;
 - omgevingsfactoren?
- 5 Zijn de ongunstige (belemmerende) factoren en de relevante stoornissen, beperkingen en participatieproblemen door manuele therapie te beïnvloeden? Zo ja, om welke ongunstige (belemmerende) factoren, relevante stoornissen, beperkingen en participatieproblemen gaat het?

6 Wat is de prognose voor herstel?

Persoonlijke factoren

De ICF omschrijft persoonlijke factoren als de individuele achtergrond van het leven van een individu. Het zijn die kenmerken van het individu die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand.²³ Persoonlijke factoren omvatten onder meer:

- leeftijd;
- geslacht;
- ras;
- opleiding;
- persoonlijkheid en karakter;
- bekwaamheden;
- levensstijl;
- levensgewoonten;
- opvoeding;
- redzaamheid;
- sociale achtergrond;
- beroep;
- ervaringen uit verleden en heden.

Externe factoren

De ICF verstaat onder externe factoren de fysieke en sociale omgeving waarin iemand leeft. Die factoren bevinden zich buiten het individu en kunnen een negatieve of positieve invloed hebben op de participatie van het individu als lid van een samenleving, op het uitvoeren van activiteiten van het individu of op de functies en anatomische eigenschappen van diens organisme. Zij kunnen belemmerend of ondersteunend zijn voor het functioneren van het individu.

De ICF -hoofdgroepen zijn:²⁰

- producten en technologie (bijvoorbeeld voor menselijke consumptie, culturele, communicatie-, culturele, ontspannings- en sportdoeleinden);
- natuurlijke omgeving en de door de mens aangebrachte veranderingen daarin (bijvoorbeeld klimaat, geluid);
- ondersteuning en relaties (bijvoorbeeld familie, kennissen, vrienden, hulpverleners in de gezondheidszorg);
- attitudes (bijvoorbeeld persoonlijke attitude van familieleden en/of vrienden);
- diensten, systemen en beleid (bijvoorbeeld met betrekking tot de bebouwde omgeving, ruimtelijke ordening, huisvesting, communicatie, sociale

zekerheid, gezondheidszorg, werkgelegenheid en onderwijs).

De manueeltherapeut maakt een inschatting van de gezondheidstoestand van de patiënt en de beïnvloedbaarheid van de belemmerende factoren en oordeelt of behandeling met manuele therapie is geïndiceerd en of kan worden gewerkt volgens de richtlijn. Indien behandeling met manuele therapie niet is geïndiceerd, vindt terugverwijzing plaats naar de verwijzer. Na beantwoording van de bij het analyseproces genoemde vragen stelt de manueeltherapeut het behandelplan op in overleg met de patiënt. Redenen om niet te behandelen volgens deze richtlijn zijn:

- te weinig verwijsgegevens;
- een specifieke oorzaak (rode vlaggen) voor de lage-rugpijn;
- contra-indicaties voor manuele therapie.

Voorbeelden van rode vlaggen/contra-indicaties zijn:

- osteofyten;
- tekenen van druk op het ruggenmerg;
- tekenen van durale verkleving (paresthesiën in de benen die verergeren bij tractie van de nek);
- lumbosacraal radiculair syndroom met neurologische uitval;
- traumatisch letsel met mogelijkheid tot fractuur;
- vermoeden van een arterieel aneurysma;
- behandeling met anticoagulantia of bloedingsstoornissen;
- hypertensie;
- osteomalacie;
- osteoporose;
- morbus Bechterew (kans op fracturen);
- osteogenesis imperfecta;
- tumoren of metastasen;
- tuberculosis of andere ontstekingen in of rond de botten
- cauda equina syndroom;
- laatste maanden van de zwangerschap (algehele laxiteit van ligamenten);
- the sign of the buttock (bij pijnklachten in de bilstreek is de straight leg raising test pijnlijk en beperkt, passieve heupfunctie nog pijnlijker en beperkter, wat wijst op een ernstige pathologie in of van het bekken).⁵⁴⁻⁵⁷

Ongunstige persoonsgebonden factoren hebben invloed op de inhoud van de behandeling. De mate waarin deze factoren een rol spelen én beïnvloedbaar zijn door manuele therapie, vormen een indicatie voor de beïnvloedbaarheid van het gezondheidsprobleem. De manueeltherapeut dient beide aspecten kritisch te beoordelen. Momenteel bestaan hiervoor nog geen objectieve criteria. Indien nodig, neemt de manueeltherapeut contact op met de verwijzer.

B.8 Behandelplan

Het behandelplan is een hulpmiddel om het handelen te structureren, te controleren en te evalueren. In het behandelplan legt de manueeltherapeut in overleg met de patiënt de individuele behandeldoelen vast, de verrichtingen, de strategie voor de behandeling en de evaluatiemomenten.

Het hoofddoel van de behandeling bij patiënten met lage-rugpijn is de terugkeer naar een volledig (of gewenst) niveau van activiteiten en participatie en het voorkomen van chronische klachten en recidieven. De manueeltherapeut streeft een activerend beleid na, waarin de patiënt medeverantwoordelijk is voor het te behalen resultaat. Dit is te bereiken door de patiënt actief te betrekken bij het opstellen van het behandelplan en bij de opzet en uitvoering van de behandeling.

C Therapeutisch proces

De aanbevelingen in het therapeutische proces zijn primair gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke evidentie. Bij het ontbreken daarvan zijn de aanbevelingen gebaseerd op consensus. Ter onderbouwing van de richtlijn is systematisch gezocht naar systematische reviews of meta-analyses over de effectiviteit

van manuele therapie bij patiënten met lage-rugpijn. De bestanden van MEDLINE (januari 1982 tot oktober 2001), CINAHL (januari 1982 tot oktober 2001), The Cochrane Library (2001) en het bestand van het Nederlands Paramedisch Instituut (tot oktober 2001) zijn doorzocht met de volgende trefwoorden: rugpijn, manuele therapie, manipulatie, chiropraxie, systematische review, meta-analyse.

Als inclusiecriteria zijn gehanteerd dat het artikel Engels-, Duits-, Frans- of Nederlandstalig is; het design een systematische review of meta-analyse is; het artikel de effectiviteit van een behandeling met manuele therapie betreft bij patiënten met lage-rugpijn; de gegeven interventie valt binnen het bereik van manuele therapie in Nederland en de uitkomstmaten betrekking hebben op het functioneren van de patiënt.

Over het algemeen is de methodologische kwaliteit van de gepubliceerde RCT's laag voor de behandeling van zowel acute- als chronische lage-rugklachten.^{65,66} De meeste tekortkomingen betreffen een inadequate randomisatieprocedure, het ontbreken van blinding van patiënten, behandelaars en uitkomstmetingen en een inadequate beschrijving van uitvallers. Vernon concludeert dat de kwaliteit van de RCT's van manipulatie bij chronische lage-rugklachten wisselend is; echter niet anders dan voor andere beschikbare trials naar de effectiviteit van conventionele behandelingen.⁶⁷

Voor meerdere interventies is gebruikgemaakt van reviews van Van Tulder et al.^{65,68} De reviewers hantieren vier niveaus van wetenschappelijk evidentie, gebaseerd op het aantal gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) en de methodologische kwaliteit ervan (zie tabel 4).

Tabel 4. Niveaus van wetenschappelijke evidentie (naar: Van Tulder et al.⁶⁸).

Niveau	Evidentie	Omschrijving
1	sterk	consistente bevindingen bij meerdere RCT's van hoge kwaliteit
2	matig	consistente bevindingen in één RCT van hoge kwaliteit en een of meerdere RCT's met een lage kwaliteit
3	beperkt/tegenstrijdig	één RCT (zowel hoge als lage kwaliteit) of inconsistente bevindingen tussen meerdere RCT's.
4	geen	geen RCT's

C.1 Aanbevelingen manuele therapie in enge zin

Mobilisaties/manipulaties

Van Tulder en Waddell vonden 16 RCT's waarvan 2 van hoge en 14 van lage kwaliteit.^{68,69} De methodologische scores variëren van 22 tot 51 punten (0-100 punten). Twaalf van de 16 RCT's, waaronder de twee hoog-kwalitatieve, vermelden positieve resultaten, vier vermelden negatieve. Vier onderzoeken vergelijken manipulatie met placebotherapie; drie van de vier vermelden positieve resultaten. Veertien onderzoeken vergelijken manuele therapie met andere vormen van conservatieve therapie (zoals fysiotherapie, rugschool, geen therapie en medicatie). Tien onderzoeken zijn positief en vier (waaronder een hoog kwalitatieve) negatief. De hoog-kwalitatieve onderzoeken vermelden negatieve resultaten behalve in de subgroep van lage-rugpijn met een tijdsduur tussen 14 en 28 dagen. Van Tulder en Waddell concludeerden dat er matig bewijs (niveau 2) is dat manipulatie effectiever is dan placebotherapie voor een kortetermijneffect van vermindering van pijn bij acute lage-rugpijn.^{68,69} Vanwege de inconsistente bevindingen konden zij geen oordeel geven over de effectiviteit van manipulatie ten opzichte van dat van andere conservatieve behandelingen (niveau 3).

Van Tulder et al. concludeerden dat er beperkte evidentie (niveau 3) is dat manuele therapie beter is dan placebotherapie voor acute lage-rugpijn.⁶⁵ Voor chronische lage-rugpijn is er geen evidentie dat manipulatie effectiever is dan andere fysiotherapeutische behandelvormen (massage, URG, oefen therapie) of behandeling met medicatie (pijnstillers, NSAID) vanwege de tegenstrijdige resultaten. Voor chronische lage-rugklachten is er sterk bewijs (niveau 1) dat manipulatieve therapie effectiever is dan placebotherapie. De evidentie van manipulatie ten opzichte van die van behandeling door de 'general practitioner' (bedrust, pijnstillers en massage) bij chronische lage-rugklachten is matig (niveau 2).

Bronfort et al. vermelden voor de effecten van manuele therapie dat er matig bewijs (niveau 2) is voor het kortetermijneffect van manipulatie/mobilisatie bij acute lage-rugpijn.⁷² Eveneens is er matig bewijs (niveau 2) voor het kortetermijneffect van manipulatie/mobilisatie bij chronische lage-rugpijn. Er is beperkt/tegenstrijdig bewijs (niveau 3) voor de effecten van manipulatie/mobilisatie op langere termijn bij acute en chronische lage-rugpijn.

Koes et al. concludeerden dat de effectiviteit van manipulatie bij acute en chronische lage-rugpijn niet duidelijk (niveau 3) kan worden aangetoond met de onderzochte RCT's.⁷¹ Wel geven de onderzoekers aan dat manipulaties effectief kunnen zijn bij sommige subgroepen patiënten met lage-rugpijn.

Volgens de meta-analyse van Shekelle is na drie weken het herstel in de manipulatiegroep 67 procent versus 50 procent in de controlegroep.⁷² Bij acute klachten zou deze winst te behalen zijn. Er is echter te weinig evidentie van werkzaamheid bij chronische lage-rugpijn. Het kortetermijneffect betreft in het bijzonder 'ongecomplieerde' lage-rugpijn.

De bevindingen van het bovenstaande worden bevestigd door Morton et al. die concludeert dat behandeling bestaande uit spinale manipulatie minder effectief is voor patiënten met chronische lage-rugpijn dan voor patiënten met acute lage-rugpijn.⁷³

Op basis van het bovenstaande formuleerde de werkgroep de volgende aanbeveling:

Mobilisaties/manipulaties

Het is aannemelijk dat behandeling met manuele therapie effectief is bij de behandeling van lage-rugpijn, waarbij manipulatie effectiever is voor patiënten met acute lage-rugpijn dan voor patiënten met chronische lage-rugpijn.

Complicatierisico

Het complicatierisico van manipulatie aan de lumbale wervelkolom is nihil. De frequentie van complicaties, met name het cauda equina syndroom, wordt geschat op 1 op de 100 miljoen manipulaties.^{56,66,72}

Tractietherapie

In 1995 voerden Van der Heijden et al. een systematische review uit naar de effectiviteit van tractie voor nek- en rugpijn.⁷⁴ In deze review zijn 17 RCT's ingesloten waarvan 14 naar de effectiviteit van lumbale tractie. De auteurs concluderen dat de methodologische kwaliteit van de studies te gering is om conclusies te kunnen trekken over de effectiviteit van tractie bij lage-rugpijn.⁷⁴ Het wetenschappelijk evidentieniveau is 3. De RCT's in een meer recente systematische review van Van Tulder et al.⁶⁸ overlappen op één RCT na het genoemde review van Van der Heijden. Deze RCT (ook uit 1995) is van hoge methodologische kwa-

liteit en vergelijkt de effectiviteit van tractie met dat van placebo-tractie bij patiënten met chronische lage-rugpijn. De studie laat geen verschil in effecten zien op algehele verbetering, pijn en functionele status. Mede op grond van deze studie concludeerden Van Tulder et al. dat er een sterk bewijs (niveau 1) is dat tractie niet effectief is bij chronische lage-rugpijn.

Op basis van het bovenstaande formuleerde de werkgroep de volgende aanbeveling:

Tractietherapie

Het is aangetoond dat tractietherapie niet effectief is bij patiënten met chronische lage-rugpijn. Er zijn aanwijzingen dat tractietherapie niet effectief is bij patiënten met acute lage-rugpijn.

C.2 Aanbevelingen oefentherapie

De systematische review van Van Tulder et al. omvat 39 RCT's naar de effectiviteit van oefentherapie bij lage-rugpijn in de eerstelijnsgezondheidszorg.⁷⁵ Alle studies evalueren bovendien minimaal één van de volgende primaire effectmaten: pijn, algehele verbetering, functionele status gerelateerd aan lage-rugpijn en terugkeer naar werk. Twaalf studies betreffen patiënten met acute lage-rugpijn en 23 betreffen patiënten met chronische rugpijn. Drie studies gebruiken een gemengde patiëntengroep. Eén studie vermeldt niet de duur van de klacht. Bij patiënten met acute lage-rugpijn is er sterk bewijs (niveau 1) dat oefentherapie even effectief is in vergelijking met het effect van andere actieve of inactieve of placebobehandelingen. Bij patiënten met chronische lage-rugpijn is er sterk bewijs (niveau 1) dat oefentherapie even effectief is als conventionele fysiotherapie (bestaande uit hotpacks, massage, tractie, mobilisatie, kortegolftherapie, ultrageluid, rekoefeningen, mobilisatie, coördinatieverbetering en elektrotherapie). Daarnaast is er sterk bewijs (niveau 1) dat oefentherapie effectiever is dan de standaardzorg door de huisarts. Het is onduidelijk welk type oefeningen het beste zijn. De review laat tegenstrijdig bewijs (niveau 3) zien ten aanzien van de effectiviteit van flexie- en extensioefeningen. Wel bestaat er sterk bewijs (niveau 1) dat extensioefeningen niet effectief zijn bij acute lage-rugpijn en matig bewijs (niveau 2) dat flexioefeningen niet effectief zijn bij acute lage-rugpijn. Er is sterk bewijs (niveau 1) dat spierversterkende

oefeningen niet effectiever zijn dan andere typen oefeningen, en matig bewijs (niveau 2) dat spierversterkende oefeningen effectiever zijn dan inactieve behandeling.⁷⁵

Hilde en Bø voerden een systematische review uit naar het effect van oefentherapie bij patiënten met chronische lage-rugpijn, waarbij zij de nadruk legden op type en dosering van de oefentherapie.⁷⁶ Negen RCT's voldeden aan de inclusiecriteria. Zeven van deze RCT's werden ook geïncludeerd in de review van Van Tulder et al.. Twee ervan sloten Van Tulder et al. uit op grond van de patiëntenpopulatie. Hilde en Bø concludeerden dat het onduidelijk is of de methodologische kwaliteit, de dosering van oefentherapie of het type oefentherapie van invloed is op de resultaten.⁷⁶

Samengevat kan worden gesteld dat oefentherapie effectief is bij patiënten met chronische lage-rugpijn. Over de optimale inhoud van oefentherapie bij patiënten met lage-rugpijn zijn onvoldoende gegevens bekend.

Op basis van het bovenstaande formuleerde de werkgroep de volgende aanbeveling:

Oefentherapie

Het is aangetoond dat oefentherapie niet effectief is bij patiënten met (sub)acute lage-rugpijn. Oefentherapie dient wel toegepast te worden bij patiënten met chronische lage-rugpijn omdat het betere resultaten geeft dan geen behandeling. Onduidelijk is welk type oefeningen het beste is. Daarom adviseert de werkgroep een gevarieerd oefenprogramma aan te bieden dat aansluit bij de behoefte van de patiënt.

C.3 Aanbeveling begeleiden en/of oefenen volgens gedragsgeoriënteerde principes

Gedragsgeoriënteerde therapie is gebaseerd op de vooronderstelling dat pijn en beperkingen niet alleen door somatische factoren worden beïnvloed, maar ook afhangen van de overtuigingen en verwachtingen, psychische stress en ziektegedrag van de patiënt. Gedragsgeoriënteerde therapie kan worden onderscheiden in de volgende typen: operant georiënteerde, cognitief georiënteerde en respondent georiënteerde therapie.⁷⁷ Elk type richt zich op de modificatie van één van de drie emotionele respons-

systemen: het gedrag, de cognities en de fysiologische reactiviteit.

Van Tulder et al.⁷⁸ verrichtten een meta-analyse om te bepalen of gedragsgeoriënteerde therapie effectiever is dan andere behandelingen bij chronische lage-rugpijn en welk type het meest effectief is. In de analyse zijn 21 studies geïncludeerd. Uit de analyse blijkt een sterk bewijs (niveau 1) dat gedragsgeoriënteerde therapie (in vergelijking met ‘geen behandeling’, wachtlijst of placebo-therapie) een matig positief effect heeft op pijnintensiteit en dat er kleine positieve effecten zijn op algemene functionele status en gedragsmatige uitkomsten bij patiënten met chronische lage-rugpijn. De effectiviteit van gedragsgeoriënteerde therapie in vergelijking met andere behandelingen is onduidelijk. Er is geen bewijs dat één van de typen gedragsgeoriënteerde therapieën effectiever is dan een andere. Tevens is er een matig bewijs (niveau 2) dat het toevoegen van een gedragsmatig component aan een normale behandeling (bijvoorbeeld standaard fysiotherapie, rugschool, multidisciplinaire behandeling, medische behandeling) voor chronische lage-rugpijn een klein positief kortetermijneffect heeft op functionele status, maar geen kortetermijneffect op pijnintensiteit en gedragsmatige uitkomsten. Tot slot is er matig bewijs (niveau 2) voor kleine langetermijneffecten op functionele status en gedragsmatige uitkomsten.

Turner verrichtte een meta-analyse naar de effectiviteit van cognitieve en gedragsgeoriënteerde interventies bij patiënten met lage-rugpijn in de eerstelijnsgezondheidszorg.⁷⁹ Veertien artikelen voldeden aan de gestelde criteria. In de review zijn 10 van de 14 geïncludeerde studies te achterhalen. Hiervan zijn acht studies opgenomen in de review van Van Tulder et al.⁷⁷ Bovendien presenteert Turner geen aparte resultaten van de RCT's, waardoor het onduidelijk is welke resultaten de andere studies laten zien. Wel komen de conclusies van Turner in grote lijnen overeen met die van Van Tulder et al.. Turner concludeerde dat cognitieve en gedragsgeoriënteerde behandelingen betere effecten hebben dan controlebehandelingen zoals wachtlijst. Geen verschillen werden gevonden tussen beide behandelingen en andere actieve behandelingen.

Samengevat blijkt dat gedragsgeoriënteerde therapie bij patiënten met chronische lage-rugpijn effectiever is dan ‘geen behandeling’ en dat het onduidelijk is welk type gedragsgeoriënteerde therapie het meest effectief is.

Op basis van het bovenstaande formuleerde de werkgroep de volgende aanbeveling:

Gedragsgeoriënteerde therapie

Het is aannemelijk dat gedragsgeoriënteerde therapie zinvol is bij patiënten in de subacute fase met de aanwezigheid van gele vlaggen en bij patiënten met chronische lage-rugpijn. Het is onduidelijk welk type therapie het meest effectief is. Voor manueeltherapeuten ligt het operante type het meest voor de hand, omdat het (bewegings)gedrag hierbij aangrijpingspunt is.

Gedragsgeoriënteerde principes

Gedragsgeoriënteerde principes zijn gericht op het veranderen van het gedrag van de patiënt in relatie tot het bewegend functioneren.⁷⁷ De behandelingen kunnen aangrijpen op het pijngedrag (operante benadering), op het herkennen van spanning (respondente benadering) en op de verwachtingen en de denkbepelden van de patiënt (cognitieve benadering).

Vanwege het werkveld van de manueeltherapeut is voor hen de operante benadering het meest geschikt. De operante benadering is voor het eerst beschreven door Fordyce et al. in 1973.⁸⁰ Het doel van een operante benadering is uitbreiden van het activiteitsniveau en verminderen van het pijngedrag zodat de patiënt, ondanks de pijn, toch weer een aantal door hem gewenste activiteiten kan uitvoeren.⁷⁷

Kenmerkende gedragsgeoriënteerde principes zijn: actieve participatie en tijdcontingent handelen.

Actieve participatie houdt in dat de patiënt actief meewerkt aan de behandeling en medeverantwoordelijk is voor het eindresultaat. De bedoeling van deze benadering is de controle van de patiënt over zijn eigen bewegingsgedrag te bevorderen. Bij het tijdcontingent handelen bepaalt niet de pijn, maar de tijd het handelen. Dit houdt in dat de patiënt een bepaalde activiteit (of oefening) stopt, omdat een vooraf afgesproken tijd is verstreken en niet omdat de pijn toeneemt (zie verder: opbouwen van activiteiten met behulp van een tijdcontingent programma). De bedoeling is de patiënt te leren functioneren met zo beheersbaar mogelijke pijn. De manueeltherapeut geeft tijdens de behandeling positieve feedback aan de patiënt over diens vorderingen.

Oefenen en/of sturen van functies en activiteiten

In een tijdcontingent programma worden de gekozen activiteiten stapsgewijs opgebouwd, niet op geleide van pijn, maar volgens tevoren afgesproken stappen ('graded activity'). Het doel is dat de patiënt zijn activiteitsniveau verhoogt en leert omgaan met de eigen fysieke mogelijkheden. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de wensen van de patiënt vraagt de manueeltherapeut aan de patiënt welke activiteiten hem belemmeren en welke activiteiten hij het meest belangrijk vindt (zie B4). Deze activiteiten zijn het uitgangspunt voor de behandeling. Allereerst legt de manueeltherapeut de basislijn van de te oefenen activiteiten vast. Dit gebeurt door de patiënt de opdracht te geven de gekozen activiteiten zo lang of zo vaak mogelijk uit te voeren. Hierbij dient de patiënt op de hoogte te zijn van het doel van de meting, namelijk het maken van een goede inschatting van het niveau. De patiënt moet laten zien wat hij kan, zonder zich te forceren. Het verdient de voorkeur meerdere metingen te verrichten, zodat een betere inschatting van het basisniveau mogelijk is. Aan de hand van de genoteerde waarden (tijd, duur, zwaarte en frequentie) is de gemiddelde waarde per activiteit te berekenen, de basislijn van de activiteit. Tijdens de meting van de basislijn schenkt de manueeltherapeut aandacht aan het 'goed bewegen' (kwaliteit van bewegen).

Als de basislijn bekend is, stelt de manueeltherapeut per activiteit een haalbaar doel vast, in overleg met de patiënt. De manueeltherapeut maakt een stapsgewijze opbouw van het beginniveau naar het te bereiken doel aan de hand van de voorgestelde behandelperiode. Het beginniveau van de behandeling ligt duidelijk onder de basislijn om de balans belasting-belastbaarheid te respecteren.

De wijze waarop het programma is opgebouwd (de grootte van de stapjes; het aantal stapjes) is afhankelijk van het verschil tussen het beginniveau en het gewenste eindniveau en van de belastbaarheid van de patiënt. De manueeltherapeut maakt hiervan een inschatting. De patiënt kan zowel thuis als op de praktijk oefenen. Belangrijk is dat het optreden van pijn de opdracht niet beïnvloedt. Om de vorderingen van de patiënt inzichtelijk te maken adviseert de literatuur de stappen bij te houden op een 'trainingsformulier' in de vorm van een grafiek.⁸¹

Indien het activiteitsniveau van de patiënt afneemt (bijvoorbeeld ten gevolge van bewegingsangst of pas-

sieve coping) stimuleert de manueeltherapeut de patiënt tot bewegen in een veilige omgeving en onder zijn begeleiding. De bedoeling is om in de loop van de behandeling de situatie steeds minder gecontroleerd te maken. In het begin ligt de controle meer aan de zijde van de manueeltherapeut, die aangeeft wat, hoe en hoe vaak de patiënt iets moet doen. In een later stadium streeft de manueeltherapeut ernaar dat de patiënt de controle over zijn activiteiten meer en meer overneemt.

Informereren en/of adviseren

De manueeltherapeut heeft bij patiënten met lage rugpijn in de profielen 2b en 3b vooral een begeleidende taak. Het doel is samen met de patiënt controle te krijgen over zijn bewegend functioneren. Dit begeleiden omvat onder andere activeren, geruststellen, motiveren van de patiënt, vaststellen van de vooruitgang en belonen in vorm van positieve feedback. Om deze reden heeft de voorlichting aan de patiënt een belangrijke functie binnen het manueeltherapeutisch zorgverleningsproces. Voorlichting vereist speciale vaardigheden om te bereiken dat de patiënt zoveel mogelijk profijt heeft van de voorlichting en ook daadwerkelijk hier iets mee doet. Uit een onderzoek van Knibbe en Van Zuilekom⁸² bleek dat het van belang is de patiënt zodanig voor te lichten dat hij inziet dat zijn eigen gedrag van invloed is op de rugklachten. De auteurs schrijven: 'door de voorlichting moeten de patiënten zich verantwoordelijk gaan voelen voor de gezondheid van hun rug. De patiënten moeten het gevoel krijgen dat ze zelf controle kunnen uitoefenen op het herstel en het voorkomen van hernieuwde klachten'.

Effectieve voorlichting vereist kennis en vaardigheden vanuit de voorlichtingskunde en vanuit de gedragstherapie. Van der Burgt en Verhulst⁸³ geven een overzicht van de in de gezondheidsvoorlichting gebruikte modellen en vertalen deze modellen naar een model van patiëntenvoorlichting voor de paramedische praktijk. Hierbij integreren zij het ASE-determinantenmodel (Attitude-Sociale invloed-Eigen Effectiviteit) met het stappenmodel in de voorlichting van Hoenen et al..⁸⁴ In het ASE-determinantenmodel wordt uitgegaan van de vooronderstelling dat de bereidheid om van gedrag te veranderen wordt bepaald door een samenspel tussen attitude (hoe kijkt de persoon zelf tegen de gedragsverandering aan),

sociale invloed (hoe kijken anderen tegen de gedragsverandering aan) en eigen effectiviteit (zal het wel of niet lukken?). Het stappenmodel in de voorlichting van Hoenen et al. onderscheidt de stappen 'openstaan', 'begrijpen', 'willen' en 'doen'.⁸⁴ Met het oog op de paramedische praktijk voegen Van der Burgt en Verhulst hier nog twee stappen aan toe, namelijk 'kunnen' en 'blijven doen'. Van der Burgt en Verhulst benaderen het fenomeen voorlichting als een proces waarbij gedragsbestemming de eindstap is. Deze eindstap kan niet worden gezet als niet eerst de voorgaande stappen zijn doorlopen. Achtereenvolgens dienen zes stappen te worden doorlopen (zie tabel 5).⁸³

C.4 Toelichting op de behandelprofielen van de acute fase

Behandeling van patiënten met profiel 1a

De behandeling van patiënten die voldoen aan profiel 1a geschiedt conform de 'KNGF-richtlijn Lage-rugpijn'.¹ De manueeltherapeut geeft informatie en advies, eventueel ondersteund met oefeningen. Het advies actief blijven is zinvol, terwijl het advies bedrust niet zinvol is.

Behandeling van patiënten met profiel 1b

Voor de patiënt aan wie de manueeltherapeut profiel 1b toekent, is behandeling met manuele therapie in enge zin geïndiceerd. De vier groepen verrichtingen

die de manueeltherapeut ter beschikking staan, zijn ingedeeld naar de gebruikte techniek:

- 1 verrichtingen waarbij de manueeltherapeut gebruikmaakt van articulaire technieken, waaronder de manipulaties, die tot doel hebben: pijnvermindering en vergroting van de bewegingsomvang;
- 2 verrichtingen waarbij de manueeltherapeut gebruikmaakt van musculaire technieken, die tot doel hebben: spiervlenging, verhoging van de spiertonus, bevorderen van de contractie en verbetering van de coördinatie, waarbij de manueeltherapeut niet alleen de gewrichtsfunctie mechanisch beïnvloedt, maar ook (neuro)fysiologische effecten nastreeft, zoals verbetering van de trofische toestand van weefsels en organen, bevorderen van de bewegingscoördinatie, beïnvloeding van de nocisensoriek en pijn;
- 3 huidtechnieken;
- 4 zenuwtechnieken.

Articulaire technieken

Articulaire technieken voor het manueel teweegbrengen van articulaire bewegingen kunnen met de volgende variabelen worden toegepast:

- uitgangstand van het gewricht:
 - ver verwijderd van de pijngrens;
 - tegen de pijngrens aan;

Tabel 5. Aandachtspunten bij de zes stappen in het voorlichtingsproces.

Stap	Aandachtspunt
1 Openstaan	De behandelaar zorgt ervoor dat de voorlichting aansluit bij de beleving, verwachting, vragen en zorgen van de patiënt.
2 Begrijpen	De behandelaar biedt de informatie zodanig aan dat de patiënt deze begrijpt en kan onthouden.
3 Willen	De behandelaar inventariseert wat een patiënt (de)motiveert om een bepaald gedrag te vertonen en biedt ondersteuning en informatie over mogelijkheden en alternatieven. Hij let erop dat de gemaakte afspraken haalbaar zijn.
4 Kunnen	De patiënt moet het gevraagde gedrag kunnen uitvoeren. Indien nodig oefent de patiënt de benodigde functies en activiteiten.
5 Doen	De behandelaar maakt met de patiënt heldere, concrete en haalbare afspraken en stelt concrete doelen.
6 Blijven doen	Tijdens de behandeling vraagt de behandelaar aan de patiënt of deze denkt dat hij het gevraagde gedrag kan vertonen. Voor knelpunten zoeken behandelaar en patiënt samen naar oplossingen.

- tegen de limiet van de bewegingsmogelijkheid aan;
- door de huidige limiet van de bewegingsmogelijkheid heen;
- bewegingsrichting:
 - naar de pijn en/of naar de beperkte bewegingsrichting toe;
 - van de pijn en/of de beperkte bewegingsrichting af;
- ritme:
 - vibreren tot lang aanhouden: snelle ritmes vooral ter pijnvermindering; aangehouden trage ritmes vooral ter mobilisering;
- amplitude:
 - van zeer kleine bewegingen tot grote bewegingen van volledige bewegingsketens;
- traject:
 - voor de eindpositie;
 - over de eindpositie heen;
- kracht:
 - kracht in de eindpositie: van gering tot fors;
- snelheid:
 - van laag tot hoog: hoge snelheid bij de 'high velocity thrust' technieken;
- bewegingscomponenten:
 - van enkele bewegingscomponenten zoals tractie en translatie naar meer complexe bewegingscomponenten (driedimensionale bewegingen) (met enkele bewegingscomponenten is uiteindelijk geen volledig functietherstel te bereiken; de geleidelijk toegepaste complexe bewegingen zijn bedoeld om de gewrichtsfunctie zo specifiek mogelijk te laten herstellen);
- herhalingen en intensiteit:
 - hoe meer de belastbaarheid van het gewricht toeneemt, des te meer progressie in het aantal herhalingen mogelijk is en de intensiteit toeneemt.

De termen mobilisatie en manipulatie zijn in de literatuur slechts zelden gedefinieerd. Het risico om uitkomsten van klinisch onderzoek naar het effect van deze technieken foutief te interpreteren is dan ook groot.⁸⁵ Operationalisatie van de variabelen is mogelijk volgens het 'cockpit model'.⁸⁶ Dit model maakt het mogelijk mobilisatie en manipulatie te benoemen in de variabelen waarmee de manueeltherapeut deze toepast. De term 'high velocity thrust' is voorbehouden aan

technieken met onder meer de volgende variabelen: een snelle beweging met een kleine amplitude aan het einde van de fysiologische grens, maar niet over de anatomische grens van het gewricht.

C.5 Toelichting op de behandelprofielen van de subacute fase

Behandeling van patiënten met profiel 2a

Patiënten die voldoen aan profiel 2a (afwijkend beloop van de klachten zonder gele vlaggen) zijn geïndiceerd voor manuele therapie in enge zin. De behandeling is gelijk aan die van patiënten in fase 1b.

Behandeling van patiënten met profiel 2b

Hoe meer aanwijzingen er zijn voor de aanwezigheid van gele vlaggen, des te meer de behandeling in eerste instantie is gericht op vermindering daarvan. De behandeling richt zich op de beïnvloeding van negatieve gedragsfactoren in relatie tot het functioneren en op geleidelijke verhoging van activiteiten en participatie. De manueeltherapeut maakt hierbij gebruik van een aantal gedragsgeoriënteerde principes in relatie tot het bewegend functioneren van de patiënt. Eventueel kan, bij het bestaan van stoornissen in gewrichtsfuncties, de behandeling ondersteund dan wel gevolgd worden door 'manuele therapie in enge zin'.

C.6 Toelichting op de behandelprofielen van de chronische fase

Behandeling van patiënten met profiel 3a

Voor de patiënt aan wie de manueeltherapeut profiel 3a toekent, is behandeling met manuele therapie in enge zin geïndiceerd bij exacerbatie van de klachten, indien een stoornis in gewrichtsfunctie samenhangt met deze exacerbatie.

De behandeling, die gelijk is aan die van patiënten met profiel 1b, is gericht op het verminderen van stoornissen in de artrogene, musculaire of neurogene functies van het bewegingssysteem, met als doel het bereiken van het maximale mogelijke niveau van activiteiten en participatie en de preventie van recidiverende lage-rugpijn of chroniciteit ervan.

Behandeling van patiënten met profiel 3b

Voor de patiënt aan wie de manueeltherapeut profiel 3b toekent, is behandeling met manuele therapie in ruime zin geïndiceerd. Een oefenprogramma dat gebruikmaakt van gedragsgeoriënteerde principes in

relatie tot het bewegend functioneren van de patiënt staat op de voorgrond.

Behandeling vindt plaats conform 'KNGF-richtlijn lage-rugpijn'.⁹

Het gedragsgeoriënteerde beleid gaat uit van actieve participatie van de patiënt. De patiënt is medeverantwoordelijk voor:

- het (functionele) resultaat;
- het (opnieuw aan)leren van vaardigheden (met name motorische en cognitieve vaardigheden);
- de tijdgebonden aanpak van activiteiten en participatie;
- de reconceptualisering van het begrip 'pijn'.

Tijdsgebonden betekent dat de behandeling/begeleiding plaatsvindt op vaste tijden gedurende een van tevoren vastgestelde periode, onafhankelijk van de aanwezigheid van pijn. Reconceptualisering houdt in dat er een andere opvatting over pijn en pijnbeleving ontstaat waarin pijn niet synoniem is met weefselschade of -beschadiging.⁸⁷

De manueeltherapeut kan oefen therapie toepassen bij patiënten met chronische lage-rugpijn omdat er evidentie bestaat dat oefen therapie betere resultaten geeft dan 'geen behandeling'. Het is onduidelijk welk type oefeningen het beste is; daarom adviseert de werkgroep een gevarieerd oefenprogramma aan te bieden dat aansluit bij de behoefte van de patiënt. Oefenen volgens gedragsgeoriënteerde principes (centrale kenmerk hierbij is tijdcontingent handelen) is zinvol bij patiënten met chronische lage-rugpijn.

De behandelduur van patiënten in deze fase is onder andere gerelateerd aan het beloop van de klachten, de tijdsas, de aard van de persoonsgebonden- en omgevingsfactoren en de beïnvloedbaarheid hiervan. De werkgroep beveelt aan duidelijke afspraken met de patiënt te maken over het begin en het einde van de behandeling. Dit zal het gevoel van controle van de patiënt over zijn functioneren bevorderen.

C.7 Afsluiting, verslaglegging en verslaggeving

De manueeltherapeut brengt verwijzer op de hoogte van de doelen van de behandeling, de behandelresultaten en de gegeven adviezen (zie de 'KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts'⁸⁸). Dit doet hij (eventueel) tussentijds, maar in ieder geval na het beëindigen van de behandelingsperiode. Zie voor de wijze van verslaggeving de 'KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaggeving'.⁸⁹

Om te komen tot een goede afstemming van de communicatie tussen huisarts/bedrijfsarts⁸ en manueeltherapeut zijn vijf handreikingen ontwikkeld: de 'Handreiking-Indicatiestelling', 'Handreiking-Consultatie', 'Handreiking-Verwijsbrief', 'Handreiking-Tussentijds Contact' en de 'Handreiking-Verslaggeving'.

Dankwoord

Voor de totstandkoming van deze KNGF-richtlijn is een bijzonder woord van dank op zijn plaats aan de wetenschappelijke commissie van de NVMT: de heer P. van der Wurff, de heer L. Lelieveld, de heer H. Lezeman, de heer W. Smeets, MSc, de heer dr. H. van Mameren, de heer drs. R. Swinkels, de heer J. Pool en prof.dr. R.A.B. Oostendorp. Ook aan de werkgroepleden tweede kring zijn wij dank verschuldigd (in alfabetische volgorde): de heer dr. P. Dijkstra, de heer drs. A.J. Engers, de heer dr. H. van den Hoogen, de heer dr. J.M.A. Mens, mevrouw I. Swinkels-Meewisse MSc en de heer dr. J. Verbeek.

D Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op wetenschappelijke onderzoeksresultaten gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners kunnen moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien de aanbevelingen hoofdzakelijk zijn gebaseerd op de gemiddelde patiënt, moeten zorgverleners op basis van hun professionele autonomie afwijken van de richtlijn indien de situatie van de patiënt dat vereist. Wanneer de manueeltherapeut van de richtlijn afwijkt, dient hij dit te beargumenteren en documenteren.^{4,5}

E Herziening richtlijn

In de methode voor richtlijnontwikkeling en implementatie is aangegeven dat alle richtlijnen na drie tot maximaal vijf jaar na publicatie worden herzien.³⁻⁵ Dit betekent dat het KNGF uiterlijk in 2008, in samenwerking met de werkgroepleden, bepaalt of deze richtlijn nog actueel is. Zonodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Voorafgaande aan de herzieningsprocedure van richtlijnen zal ook de Methode voor Richtlijnontwikkeling en Implementatie worden geactualiseerd op basis van nieuwe inzichten en samenwerkingsafspraken tussen de diverse richtlijnontwikkelaars in Nederland.

F Literatuur

- 1 Frymoyer JW. Medical progress. Back pain and sciatica. *New England Journal of Medicine* 1988;318:291-300.
- 2 Picavet HSJ, Gils HWV van, Schouten JSAG. Klachten van het bewegingsapparaat in de Nederlandse bevolking. Bilthoven: RIVM; 2000. p. 2-60.
- 3 Hendriks HJM, Reitsma E, Ettekoen H van. Centrale richtlijnen in de fysiotherapie. *Ned Tijdschr Fysiother* 1996;106(1):2-11.
- 4 Hendriks HJM, Ettekoen H van, Reitsma E, Verhoeven ALJ, Wees PhJ van der. Methode voor centrale richtlijnenontwikkeling in de fysiotherapie. Amersfoort: KNGF/NPI/CBO; 1998.
- 5 Hendriks HJM, Bekkering GE, Ettekoen H van, Brandsma JW, Wees PhJ van der, Bie RA de. Development and implementation of national practice guidelines: A prospect for continuous quality improvement in physiotherapy. *Introduction to the method of guideline development. Physiotherapy* 2000;86:535-47.
- 6 Oostendorp RAB, Peeters W, editors. Landelijk functie-opleidingsprofiel manuele therapie. Amersfoort: NPI; 2001.
- 7 Faas A, Chavannes AW, Koes BW, Hoogen JMMvd, Mens JMA, Smeele LJM, Romeijnders ACM, Van der Laan JR. NHG-Standaard Lage-Rugpijn. *Huisarts Wet* 1996; 39: 18-31.
- 8 CBO. Richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten. Utrecht: CBO; 2003.
- 9 Bekkering GE, Hendriks HJM, Koes BW, Oostendorp RAB, Ostelo RWJG, Thomassen J, Tulder MW van. KNGF-richtlijn Lage-rugpijn. *Ned Tijdschr Fysiother* 2001;Suppl 3:1-24.
- 10 NVAB. Richtlijnen voor het handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage-rugklachten. Eindhoven: Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; 1999.
- 11 Koes BW, Tulder M van, Ostelo R, Burton K, Waddell G. Clinical Guidelines for the Management of Low Back Pain in Primary Care. *Spine* 2001;26(22):2504-14.
- 12 Bigos S, Bowyer O, Braen G et al. Acute low back problems in adults: assessment and treatment. *Clinical practice guideline, number 14. Department of Health and Human Services. AHCPR Pub 95-0643. Agency for Health Care Policy and Research; 1994.*
- 13 Waddell G, Feder G, McIntosh A, Lewis M, Hutchinson A. *Low back pain evidence review. London: Royal College of General Practitioners; 1996.*
- 14 ACC and National Health Committee. *New Zealand acute low back pain guide. Wellington. New Zealand; 1997.*
- 15 Abenham L, Rossignol M, Valat J, Nordin M, Avouac B, Blotman F, Charlot J, Dreiser RL, Legrand E, Rozenberg S, Vautravers P. The role of activity in the therapeutic management of back pain. *Report of the international Paris Task Force on Back Pain. Spine* 2000;25:1s-33s.
- 16 Di Fabio RP. Efficacy of manuel therapy. *Phys Ther* 1992;72:853-64.
- 17 Meade TW, Dyer S, Browne W, Townsend J, Frank AO. Low back pain of mechanical origin: randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment. *BMJ* 1990;300:1431-7.
- 18 Hoving JL. Neck pain in primary care [dissertation]. The effects of commonly applied interventions. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam; 2001.
- 19 Oostendorp RAB, Berkel DM van, Ravensberg CD van, Scholten-Peters GGM, Storm I, Visser AC de, Pool JIN, Swinkels RAHM. Manuele therapie en fysiotherapie: verschil in kenmerken van patiënten met aspecifieke lage-rugpijn. *Ned Tijdschr Fysiother* 2002;112:153-9.
- 20 World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disabilities and Health Problems. Geneva: World Health Organization; 2001.*
- 21 Waddell G, Feder G, McIntosh A, Lewis M, Hutchinson A. *Manual therapy rounds. Journal of Manual and Manipulative Therapy* 1998;6:151-3.
- 22 Tulder MW van. *Diagnostics and treatment of chronic low back pain in primary care [dissertation]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 1996.*
- 23 Korff M von. Studying the natural history of a back pain. *Spine* 1994;19:204S-6S.
- 24 Schers H, Braspenning J, Drijver R, Wensing M, Grol R. Low back pain in general practice: Reported management and reasons for not adhering to the guidelines in the Netherlands. *British Journal of General Practitioners* 2000;50:640-4.
- 25 Schers H, Drijver R, Kastein M, Doremalen J van, Hoogen H van den, Braspenning J. A-specifieke lage rugpijnklachten in de huisartspraktijk. Nijmegen: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg; 1998.
- 26 Bekkering GE. *Physiotherapy guidelines for low back pain: development, implementation and evaluation [dissertation]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2003.*
- 27 Tulder MW van, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 1995;62:233-40.
- 28 Health Economics. *Economic evaluation bibliografie. Health Econ* 1992; December (suppl):1.
- 29 Goossens MEJB, Evers SMAA. *Economic evaluation of back pain interventions. J Occup Rehabil* 1997;7:15-32.
- 30 Nachemson AL. *Newest knowledge of low back pain. A critical look. Clin Orthop Rel Research* 1992;279:8-20.
- 31 Hoogen JMM van de, Koes BW, Devillé W, Eijk JThM van, Bouter LM. De prognose van de aan de huisarts geïmplementeerde lage-rugpijn. *Huisarts Wet* 1998;41:62-8.
- 32 Vlaeyen JWS, Heuts PHTG. *Gedragsgoedgeïmplementeerde behandeling bij lage rugpijn. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000.*
- 33 Korff M von, Saunders K. The course of back pain in primary care. *Spine* 1996;21:2833-9.
- 34 Waddell G, Waddell H. Social influences on neck and low back pain. In: Nachemson AN, Jonsson E, editors. *Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis and treatment. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.*
- 35 Linton SJ. Psychological factors in neck and low back pain. In: Nachemson AN, Jonsson E, editors. *Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis and treatment. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.*
- 36 Linton SJ, Halldén BA. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin J Pain* 1998;14:209-15.
- 37 Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *British Journal of General Practitioners* 1997;47:647-52.

- 38 Weide E van der, Verbeek JHAM, Sallé HJA, Dijk FJH van. Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. *Scand J Work Environ Health* 1999;25(150):56.
- 39 Verbeek JHAM. Vocational rehabilitation of workers with back pain. *Scand J Work Environ Health* 2001;27(5):346-52.
- 40 Strand I, Ljunggren AE, Haldorsen EMH, Espehaug B. The impact of physical function and pain on work status at 12-year follow-up in patients with back pain. *Spine* 2001;26:800-8.
- 41 Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine* 1987;12:632-44.
- 42 Waddell G. Biopsychosocial analysis of low back pain. *Baillieres Clin Rheumatol* 1992;6:523-57.
- 43 Bos JM, Hagenaars LHA. Manueeltherapeutische diagnostiek. *Tijdschrift Integrale Geneeskunde* 1998;14(5):204-15.
- 44 Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980;21:219-39.
- 45 Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Karoly P. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain* 1991;47:249-83.
- 46 Härkäpää K, Järvikoski A, Vakkari T. Associations of locus of control beliefs with pain coping strategies and other pain-related cognitions in back pain patients. *Brit J Health Psychol* 1996;1:51-63.
- 47 Vlaeyen JWS, Kole-Snijders A, Rotteveel AM, Ruesink R, Heuts P. The role of fear of movement (re)injury in pain disability. *J Occup Rehabil* 1995;5: 235-251.
- 48 Van den Heuvel CME, Vogels EMHM, Wams HWA. Verslag van het HOF-project. Handreikingen voor de communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut, oefentherapeut-Cesar en/of oefentherapeut-Mensendieck. KNGF, LHV, NVOM, VBC. Amersfoort: NPi, 1999.
- 49 Weide E van der, Verbeek JHAM, Tulder MW van. Vocational outcome of intervention for low-back pain. *Scand J Work Environ Health* 1997 23:165-78.
- 50 Brouwer T, Nonhof-Boiten JC, Uilenreef-Tobi FC. Diagnostiek in de fysiotherapie. Proces en werkwijze. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge; 1995.
- 51 Ravensberg CD van, Oostendorp RAB, Heerkens YF. Diagnostiek, basis voor behandelplan en evaluatie. In: Vaes P, Aufdemkampe G, Dekker JB den, Ham I van, Smits-Engelsman B, editors. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1997. p. 302-25.
- 52 Oostendorp RAB, Ravensberg CD van, Wams HWA, Heerkens YF, Hendriks HJM. Fysiotherapie: wat omvat het? *Bijblijven* 1996;12:17-39.
- 53 Hendriks HJM, Oostendorp RAB, Bernards ATM, Ravensberg CD van, Heerkens YF, Nelson RM. The diagnostic process and indication for physiotherapy. A prerequisite for treatment and outcome evaluation. *Physical Therapy Reviews* 2000;5:29-47.
- 54 Boyling JD, Palastana N. Grieve's Modern Manual Therapy. The vertebral Column, Churchill Livingstone, Melbourne; 1994.
- 55 Gibbons P, Tehan P. Patient positioning and spinal locking for lumbar spine rotation manipulation. *Man Ther* 2001;6(3):130-8.
- 56 Haldeman S, Carey P, Townsend M, Papadopoulosarterial dissections following cervical manipulation: the chiropractic experience. *CMAJ* 2001;165(7):907-8.
- 57 Haldeman S and S. M. Rubinstein. Cauda equina syndrome in patients undergoing manipulation of the lumbar spine. *Spine* 1992;17(12):1469-73.
- 58 Beurskens AJHM, Vet HCW, Köke AJA. Responsiveness of functional status in low back pain. A comparison of different instruments. *Pain* 1996;65:71-6.
- 59 Schoppink LEM, Tulder MW van, Koes BW, Beurskens AJHM, Bie RA de. Reliability and validity of the Dutch adaptation of the Quebec Back Pain Disability Scale. *Phys Ther* 1996;76:268-75.
- 60 Köke AJA, Heuts PHTG, Vlaeyen JWS, Weber WEJ. Meetinstrumenten chronische pijn. Deel 1 functionele status. Maastricht: Pijn Kennis Centrum; 1999.
- 61 Patijn J, Ellis R. Low back pain: Reproducibility of diagnostic procedures in manual/musculoskeletal medicine. *The Journal of Orthopaedic Medicine* 2001;23(1):36-42.
- 62 Beurskens AJHM, Vet HCW, Köke AJA. Responsiveness of functional status in low back pain. A comparison of different instruments. *Pain* 1996;65:71-6.
- 63 Moons KGM, Van der Graaf Y. Evaluatie van de toegevoegde waarde van diagnostische tests. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:1256-61.
- 64 Huijbregts P, Spinal Motion Palpation: A Review of Reliability Studies. *Journal of Manual & Manipulative Therapy* 2002;1:24-39.
- 65 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.
- 66 Assendelft WJJ, Koes BW, Van der Heijden GJMG, Bouter LM. The effectiveness of chiropractic for treatment of low back pain: An update and attempt at statistical pooling. *J Manipul Physiol Ther* 1996; 19(8):499-507.
- 67 Vernon H. Spinal manipulation of chronic low back pain: A review of the evidence. *Top Clin Chiro* 1999; 6(2):8-12.
- 68 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.
- 69 Waddell G, Waddell H. Neck and low back pain. In: Nachemson AN, Jonsson E, editors. Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis and treatment. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 11,12.
- 70 Bronfort G. Efficacy of spinal manipulation and mobilisation for low back and neck pain: A systematic review and best evidence synthesis. Amsterdam: EMGO-Instituut; 1997.
- 71 Koes BW, Assendelft WJJ, Heijden GJMG van der, Bouter LM. Spinal manipulation for low back pain. An updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine* 1996;21(24):2860-73.
- 72 Shekelle PG, Adams AH, Chassin MR, Hurwitz EL, Brook RH. Spinal manipulation of low-back pain. *Ann Internal Med* 1992;117(7):590-8.
- 73 Morton SC, Shekelle PG, Assendelft WJJ, Suttrop EYU, Suttrop MJ. Meta-analysis of messy data: problems and solutions from a meta-regression analysis of spinal manipulation for low back pain. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- 74 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;75:18-29.
- 75 Tulder MW van, Malmivaara A, Esmail R, Koes BW. Exercise therapy for low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* (Issue 3) 2000. Oxford: Update Software.
- 76 Hilde G, Bø K. Effect of exercise in the treatment of low back

- pain. A systematic review emphasising type and dose of exercise. *Phys Ther Rev* 1998;3:107-17.
- 77 Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Eek H van. Chronische pijn en revalidatie. *Praktijkreeks Gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1996.
- 78 Tulder M van, Ostelo R, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavioral treatment for chronic low back pain. *Spine* 2001;26(3):270-81.
- 79 Turner JA. Educational and behavioral interventions for back pain in primary care. *Spine* 1996;21:2851-9.
- 80 Fordyce WE. Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis IL: Mosby; 1979.
- 81 Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Eek H van. Chronische pijn en revalidatie. Houten/Diegem: bohn Stafleu van Loghum; 1996.
- 82 Knibbe NE, Zuilekom A van. Eigen schuld? U bent snel weer beter...? Een bijdrage aan de patiëntenvoorlichting bij secundaire preventie van lage rugklachten. *Ned Tijdschr Fysiother* 1990;100:111-5.
- 83 Burgt M van den, Verhulst F. Doen en blijven doen. Patiëntenvoorlichting in de paramedische praktijk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2003.
- 84 Hoenen JAJH, Tielen LM, Willink AE. Patiëntenvoorlichting stap voor stap: suggesties voor de huisarts voor de aanpak van patiëntenvoorlichting in het consult. Rijswijk: Uitgeverij voor gezondheidsbevordering, Stichting O&O; 1988.
- 85 Kotoulas M. The use and misuse of the terms 'manipulation' and 'mobilization' in the literature establishing their efficacy in the treatment of lumbar spine disorders. *Physiotherapy Canada* 2002;53-61.
- 86 Barbaix EJ, Menick PR, Zanden OCMW van der, Oostendorp RAB. Indicatiestelling manuele therapie. *Bijblijven* 1996;12(10):18-26.
- 87 Oostendorp RAB, Wams HWA, Hendriks HJM. Fysiotherapie en lagerugpijn. Een nieuw paradigma. *Ned Tijdschr Fysiother* 1997(4):102-10.
- 88 Verhoeven ALJ, Heuvel CMF van den. *KNGF-richtlijn Informatieverstrekking huisarts*. Amersfoort: KNGF; 1995.
- 89 Heerkens YF, Lakerveld-Heyl K, Hendriks HJM, Verhoeven ALJ. *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging*. Amersfoort: KNGF; 2003.

Bijlage

Afkortingen

ADL	Activiteiten Dagelijks Leven	NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
ALBSQ	Acute Low Back Pain Screening Questionnaire (meetinstrument)	NVMT	Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie
ASE-model	Attitude-Sociale invloed-Eigen effectiviteit-model	OOMT	Opleiding Orthopedische Manuele Therapie (Delft)
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg	PSK	Patiënt Specifieke Klachten (meetinstrument)
CVPB	Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen	QBPDS	Quebec Back Pain Disability Scale (meetinstrument)
HVT	High Velocity Thrust techniek	RCT	Randomised Clinical Trial
ICF	Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren	SOMT	Stichting Opleiding Manuele Therapie
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie	TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
LBP	Low Back Pain	VAS	Visueel Analoge Schaal (meetinstrument)
LFOF-MT	Landelijk Functie-opleidingsprofiel Manuele Therapie	VUB	Vrije Universiteit Brussel
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap		
NSAID	Non Steriod Anti Inflammatory Drugs (ontstekingsremmende medicatie)		

Verklarende woordenlijst

Activiteit:	Elk onderdeel van het menselijk handelen.
Beperking:	Moeite die een individu heeft met het uitvoeren van een activiteit.
Functies:	Fysiologische of mentale eigenschappen van het menselijk organisme.
Meta-analyse:	Overzichtsartikel waarbij systematisch is gezocht naar literatuur. Voor de conclusie worden de resultaten van alle studies samengenomen tot één uitkomst (kwantitatief).
Participatie:	Deelname van een individu aan het maatschappelijk leven.
Participatieprobleem:	Probleem dat een individu heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.
Stoornis:	Afwijking in functies of in structuur van het menselijk organisme.
Structuur:	Anatomische eigenschap van onderdelen van het menselijk organisme, zoals positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit.
Systematische review:	Overzichtsartikel waarbij systematisch is gezocht naar literatuur. De conclusie is een beschrijving van de resultaten van alle studies (kwalitatief).

KNGF-richtlijn

Manuele Therapie bij Lage-rugpijn

ISSN

1567-6137

KNGF-richtlijnnummer

V-13/2003

Uitgave

December 2003

Bezoekadres

Stadsring 159b, Amersfoort

Correspondentieadres

Postbus 248, 3800 AE Amersfoort

E-mail hoofdkantoor@kngf.nl

Internet www.kngf.nl



Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Diagnostisch proces

Verwijsgegevens

verwijsredenen, hulpvraag, beloop van het functioneren, informatie waaruit contra-indicaties voor manuele therapie zijn af te leiden

Anamnese

- klachten/hulpvraag
- duur klachtenperiode
- beloop in de tijd
- status presens
- wijze van omgaan met de klachten
- contra-indicaties voor manuele therapie

Indeling profielen

1a: acuut; normaal beloop
1b: acuut; afwijkend beloop
2a: subacuut; geen gele vlaggen
3a: chronisch; adequaat omgaan met de klachten

2b: subacuut; gele vlaggen
3b: chronisch; niet-adequaat omgaan met de klachten

Profielonderzoek

1a, 1b, 2a, 3a
inspectie/observatie houding en beweging
primair: onderzoek functies

- gewrichten
 - thoracale, lumbale en lumbosacrale wervelkolom
 - bekken en heupen
- spieren
- zenuwen
- huid

secundair: onderzoek activiteiten, eventueel oriënterend neurologisch onderzoek

2b en 3b
inspectie/observatie houding en beweging
primair: onderzoek activiteiten
secundair: onderzoek functies

- gewrichten
- spieren
- zenuwen
- huid

Analyse

bevindingen consistent/provocatief	ja	nee
rode vlaggen*	nee	nee
gele vlaggen	nee	ja
contra-indicaties*	nee	nee
	manuele therapie in engere zin profiel 1b, 2a en 3a	manuele therapie in ruime zin profiel 2b en 3b

* Bij aanwezigheid van rode vlaggen of contra-indicaties dient overleg met de verwijzer plaats te vinden.

Behandelplan

- Profiel 1a**
- behandeling conform 'KNGF-richtlijn Lage-rugpijn'
 - beperkt aantal zittingen ter begeleiding om kennis en inzicht bij de patiënt te vergroten
- Profielen 1b, 2a en 3a**
- manuele therapie in engere zin gericht op herstel gewrichtsfunctie en toename activiteiten
- Profielen 2b en 3b**
- manuele therapie in ruime zin gericht op gedragsfactoren in relatie tot het functioneren en op geleidelijke toename van activiteiten en participatie
 - eventueel ondersteund dan wel gevolgd door manuele therapie in engere zin

Therapeutisch proces

Profiel

Doelen

1a

- vergroten van kennis/inzicht (geruststellen, uitleggen hoe om te gaan met de klachten)

1b, 2a en 3a

- verminderen van stoornissen in artro-gene, musculaire en neurogene functies
- bereiken van het niveau van activiteiten en participatie van vóór de klachtenperiode

2b en 3b

- vergroten van kennis en inzicht bij de patiënt
- bevorderen van een adequate wijze van omgaan met de klachten
- verbeteren van relevante functies
- verhogen van activiteiten en participatie

Verrichtingen

- informeren/adviseren

- informeren/adviseren
- tweebrengen van articulaire bewegingen
- oefenen en sturen van functies en activiteiten
- stimuleren van de participatie

- informeren/adviseren
- oefenen en sturen van functies en activiteiten
- stimuleren van de participatie
- eventueel tweebrengen van articulaire bewegingen

Evaluatie

- eventueel een controleafspraak

- evaluatie van de behandelresultaten aan de hand van subjectieve bevindingen en meetinstrumenten (PSK, QBPDS)

- evaluatie behandelresultaten aan de hand van subjectieve bevindingen en meetinstrumenten (PSK, QBPDS)

Afsluiting behandelperiode