

Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie
jaargang 113 / nummer 6 / 2003

KNGF-richtlijn
Manuele Therapie bij Lage-rugpijn

Manuele Therapie bij Lage-rugpijn Praktijkrichtlijn



Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

KNGF-richtlijn Manuele Therapie bij Lage-rugpijn

Praktijkrichtlijn

Onder redactie van:

W.F.G.J. Heijmans

H.J.M. Hendriks

M. van der Esch

A. Pool-Goudzwaard

G.G.M. Scholten-Peeters

M.W. van Tulder

A. de Wijer

R.A.B. Oostendorp

De richtlijn is samengevat op een bij de *Praktijkrichtlijn* ingesloten kaart.

De *Praktijkrichtlijn*, de *Samenvatting* en bijbehorende *Verantwoording en toelichting* zijn te downloaden via www.fysionet.nl.

Vormgeving en drukwerk: Drukkerij De Gans, Amersfoort
Omslagontwerp: Ituri, Bussum
Eindredactie: Tertius - Redactie en organisatie, Houten

© 2006 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

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

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut. Het KNGF behartigt voor ruim 20.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.

Inhoud

Praktijkrichtlijn	1
Inleiding	1
I Diagnostisch proces	4
I.I Verwijzing en aanmelding	4
I.II Anamnese	4
I.III Analyse ter formulering van de onderzoeksdoelstellingen	5
I.IV Onderzoek	5
I.V Analyse ter formulering van de manueeltherapeutische diagnose	5
I.VI Behandelplan	6
II Therapeutisch proces	6
II.I Behandeling van patiënten met lage-rugpijn in de acute fase (0-6 weken)	6
II.II Behandeling van patiënten met lage-rugpijn in de subacute fase (7-12 weken)	7
II.III Behandeling van patiënten met lage-rugpijn in de chronische fase (>12 weken)	8
II.IV Evaluatie	8
II.V Afsluiting, verslaggeving en verslaglegging	8
III Literatuur	8
Dankwoord	8
Bijlagen	9
Bijlage 1 Conclusies en aanbevelingen	11
Bijlage 2 Verklarende woordenlijst	12

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 zijn de conclusies en aanbevelingen opgenomen en een woordenlijst 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 (radiculaire 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’.

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 pijn toename ondanks medicatie, nachtelijke pijn of neurologische uitval.

Bij patiënten met aspecifieke 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.

- ^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 (programmameerder 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.

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 graad 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 in stand houden:

- 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, catastropherende 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 teweebrengen van articulaire bewegingen, met de daarbij behorende informatie, specifieke oefentherapie 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.

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 geïndiceerd 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 activiteiten 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.

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 profiel 1b	<ul style="list-style-type: none"> • normaal beloop • afwijkend beloop
Subacute fase (7-12 weken)	profiel 2a profiel 2b	<ul style="list-style-type: none"> • afwijkend beloop; geen gele vlaggen. • afwijkend beloop; met gele vlaggen.
Chronische fase (>12 weken)	profiel 3a profiel 3b	<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. • inadequate omgang met de klachten; weinig tot geen zelfcontrole; geen adequate coping; geen afstemming belasting/belastbaarheid; verminderde participatie.

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 afwachtende 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 in standhouden. Hierbij let hij vooral op aanwezigheid van rode en/of gele vlaggen, op de consistentie van de bevindingen uit het lichamenlijk 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 praesens:
 - 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' (QBPDSS).

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 ze 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 aantalgische 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.

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, sensibiliteit en peesreflexen 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/zijn 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 lichamenlijk 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:

Tabel 2. Primaire en secundaire onderzoeksdoelstellingen per profiel.

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

- 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 behandeldoelen 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 controleafpraak 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 tweewegbrengen 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.

Informer en/adviseer

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.

Informer en/adviseer

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.

Informer en adviseer 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 samenspraak met de patiënt, een behandelingschema 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 *Verantwoording en toelichting*, paragraaf C.4). 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 behandelingsduur.

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.

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-Meewis MSc en de heer dr. J. Verbeek.

Bijlagen

Bijlage 1 Conclusies en aanbevelingen

Therapeutisch proces

1 Mobilisaties/manipulaties (niveau 2)

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.

Gevonden artikelen: Van Tulder et al., 1997¹, 1999²; Waddell & Waddell, 2000³; Bronfort, 1997⁴; Koes et al., 1996⁵; Shekelle et al., 1992⁶; Morton et al., 2001⁷.

2 Tractietherapie (niveau 1)

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.

Gevonden artikelen: Van Tulder et al., 1997¹; Van der Heijden et al., 1995⁸.

3 Oefentherapie (niveau 1)

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.

Gevonden artikelen: Van Tulder et al., 2000⁹; Hilde & Bø, 1998¹⁰.

4 Gedragsgeoriënteerde therapie (niveau 2)

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.

Gevonden artikelen: Van Tulder et al., 2001¹¹; Turner, 1996¹².

Literatuur

- 1 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.
- 2 Tulder MW van, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO-Instituut; 1999.
- 3 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.
- 4 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.
- 5 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.
- 6 Shekelle PG, Adams AH, Chassin MR, Hurwitz EL, Brook RH. Spinal manipulation of low-back pain. *Ann Internal Med* 1992;117(7):590-8.
- 7 Morton SC, Shekelle PG, Assendelft WJJ, Suttrop EYU, Suttrop MJ. Meta-analysis of messy data: problems and solutions from a metaregression analysis of spinal manipulation for low back pain. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- 8 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.
- 9 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.
- 10 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.
- 11 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.
- 12 Turner JA. Educational and behavioral interventions for back pain in primary care. *Spine* 1996;21:2851-9.

Bijlage 2 Verklarende woordenlijst

ADL	Activiteiten Dagelijks Leven
ALBSQ	Acute Low Back Pain Screening Questionnaire (meetinstrument)
ASE-model	Attitude-Sociale invloed-Eigen effectiviteit-model
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CVPB	Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen
HVT	High Velocity Thrust techniek
ICF	Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
LBP	Low Back Pain
LFOF-MT	Landelijk Functie-opleidingsprofiel Manuele Therapie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NSAID	Non Steroid Anti Inflammatory Drugs (ontstekingsremmende medicatie)
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedijfsgeneeskunde
NVMT	Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie
OOMT	Opleiding Orthopedische Manuele Therapie (Delft)
PSK	Patiënt Specifieke Klachten (meetinstrument)
QBPDS	Quebec Back Pain Disability Scale (meetinstrument)
RCT	Randomised Clinical Trial
SOMT	Stichting Opleiding Manuele Therapie
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
VAS	Visueel Analoge Schaal (meetinstrument)
VUB	Vrije Universiteit Brussel
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-13/2006

Uitgave

December 2006, herdruk gewijzigd
ten opzichte van versie 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