

ACHTERGRONDDOCUMENT BIJ DE RICHTLIJN

Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met

RUGKLACHTEN



Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Colofon

© NVAB 2006

Uitgave

NVAB

Kwaliteitsbureau NVAB

Postbus 2113

3500 GC Utrecht

T 030 2845750

E kwaliteitsbureau@nvab-online.nl

W www.nvab-online.nl

Auteurs

J.H.A.M. Verbeek, bedrijfsarts

J.R. Anema, bedrijfsarts

C.P.J. Everaert, bedrijfsarts

G.M. Foppen, bedrijfsarts

M. Heymans, fysiotherapeut

H. Hloblil, bedrijfsarts

J.M.A. Maijer, bedrijfsarts

M.T.M. Melis, bedrijfsarts

C. Meulenbeld, bedrijfsarts

R. Nieuwland, fysiotherapeut

A. Oberndorff, bedrijfsarts

Coördinatie en eindredactie

J.H.A.M. Verbeek, bedrijfsarts

M.Lebbink, stafmedewerker

Datum autorisatie

11 september 2006

Ontwerp en opmaak

CO3 (T. van Lieshout)

Coverfoto

Van Beek Images

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	4
Doel van de richtlijn	4
Methode en verantwoording	4
Belangrijkste veranderingen in vergelijking met de vorige editie	6
Bewijskracht	6
ACHTERGRONDEN BIJ DE RICHTLIJN RUGKLACHTEN	8
1 PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSE	8
1.1 Anamnese en Lichamelijk onderzoek	9
1.2 Anamnese en Lichamelijk onderzoek	9
1.3 Diagnose	13
2 INTERVENTIE EN WERKHERVATTINGSADVIES	14
2.1 Interventie bij aspecifieke rugpijn	14
2.2 Interventie bij aspecifieke rugpijn met prognostisch ongunstige factoren	15
2.3 Interventie bij lumbosacraal radiculair syndroom	19
2.4 Interventie bij specifieke rugpijn	19
2.5 Werkhervattingsadvies	20
3 EVALUATIE	22
4 PREVENTIE	23
5 LITERATUUR	25
BIJLAGEN	29
1 Diagnostische kwaliteiten van anamnese en lichamelijk onderzoek (in twee tabellen)	29
2 Performance indicatoren	31
3 Instructies voor effectieve oefeningen	32

INLEIDING

Het vóórkomen van rugklachten vormt een betrekkelijke constante. Er zijn geen aanwijzingen dat rugpijn tegenwoordig meer of minder vaak ontstaat dan een aantal decennia geleden. Wel is er een duidelijke stijging en daling met aan rugpijn gelieerde arbeidsongeschiktheid in de afgelopen jaren. Er zijn aanwijzingen dat de incidentie van arbeidsongeschiktheid als een gevolg van rugklachten tussen 1987 en 2000 met ongeveer 20% gedaald is. Dit is meer dan de daling van arbeidsongeschiktheid op grond van alle diagnoses. Tegelijkertijd doet zich een verschuiving voor in de toegekende diagnoses bij WAO-toekenning. In de tachtiger jaren werden de klachten benoemd naar anatomische afwijkingen als spondylose, meer recent worden de klachten benoemd als aspecifieke klachten. Het is niet onaannemelijk dat die verschuivingen zijn toe te schrijven aan het veranderd medisch denken over en handelen bij rugklachten.¹

DOEL VAN DE RICHTLIJN

De projectgroep heeft zonder direct terug te vallen op de vorige versie een nieuw opzet voor de richtlijn gemaakt. Uitgangspunt en uitdaging was daarbij dat de praktijk van de bedrijfsarts en de wetenschappelijke onderbouwing zo goed mogelijk op elkaar moesten aansluiten. Dat betekent dat de richtlijn probleemgeoriënteerd is. Het probleem wordt ingebracht door de patiënt met rugpijn op het spreekuur van de bedrijfsarts.

Het doel van de richtlijn is te voorkómen dat werknemers met rugpijn onnodig gaan verzuimen en te voorkómen dat werknemers met rugpijn die verzuimen langdurig arbeidsongeschikt blijven. Om aan te sluiten bij de praktijk van de bedrijfsarts heeft de projectgroep een lijst gemaakt van mogelijke interventies door de bedrijfsarts bij patiënten met rugpijn. De groep heeft onderzocht in hoeverre hiervoor wetenschappelijk bewijs aanwezig is en op basis daarvan al of niet besloten om de interventie aan te bevelen. Ook is geprobeerd om de aanbevelingen zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij die in richtlijnen van andere beroepsgroepen. Naar aanleiding van aanbevelingen in de literatuur is geprobeerd de richtlijn zoveel mogelijk te construeren volgens een gemakkelijk te herinneren schema, zodat de toepassing in de praktijk wordt vergemakkelijkt.² We hopen dat dat zijn waarde zal bewijzen in de praktijk.

METHODE EN VERANTWOORDING

PROJECTGROEP

Deze herziene versie van de richtlijn is gemaakt door een projectgroep van bedrijfsartsen en fysiotherapeuten bestaande uit Kitty Meulenbeld, Hans Maijer, Rudy Foppen, Ariane Oberndorff, Han Anema, Martijn Heymans, Cees Everaert, Hynek Hloblil, Mathilde Melis, Robert Nieuwland onder leiding van Jos Verbeek en met ondersteuning van Marian Lebbink. De projectgroep kwam voor het eerst bijeen in mei 2005 en vergaderde zes keer tot de vaststelling van het ontwerp.

CONFLICTERENDE BELANGEN

Geen van de leden van de werkgroep had persoonlijke en/of financiële belangen bij de aanbevelingen die in deze richtlijn zijn geformuleerd. Er was geen commerciële sponsor bij de opstelling van de richtlijn betrokken. De richtlijn kon worden gerealiseerd dankzij financiële steun van het Ministeries SZW en VWS.

HERZIENING

Een belangrijke reden om de richtlijn editie 1999 te herzien is dat er in de tussentijdse zeven jaar een aanzienlijke hoeveelheid wetenschappelijke literatuur is gepubliceerd over de medische aanpak van rugklachten. De principes die in de vorige versie van de richtlijn aanwezig waren zijn in de tussentijdse periode verder onderbouwd en versterkt. Dat geeft een aantal accentverschuivingen in de aanpak, die in de richtlijn verwerkt diende te worden.

Bovendien bleek dat de NVAB-Richtlijn uit 1999 bij een internationale vergelijking weliswaar goed scoorde, maar dat de wetenschappelijke onderbouwing verbeterd kon worden.³

EVIDENCE

De hoeveelheid publicaties over rugpijn is enorm. In de afgelopen zes jaar werden alleen al 525 reviews gepubliceerd over rugpijn (zoekstrategie: back pain AND 1999:2006[dpj] AND systematic[sb]). Op advies van de Back Review Group van de Cochrane Collaboration hebben we voor het bepalen van de effectiviteit van behandelingen in deze richtlijn de keuze gemaakt om gebruik te maken van één kwalitatief goede review, geproduceerd door een Europese groep onderzoekers in het kader van een Europees samenwerkingsproject. Het is het meest recente en meest volledige overzicht van de literatuur over de behandeling en preventie van rugpijn dat voorhanden is.^{4,5,6} Door de auteurs is hun werk enigszins verwarrend European Guidelines genoemd, alsof het hier richtlijnen betreft die in geheel Europa over te nemen zijn. In de European Guidelines zijn ook alle recente systematic reviews van de Cochrane Collaboration verwerkt.

Niet alle aspecten die relevant zijn voor de Nederlandse bedrijfsarts kwamen in de European Guidelines aan bod. Daarom hebben we voor de prognose voor werkhervatting en diagnostiek van rugklachten gebruik gemaakt van andere reviews die het probleem specifiek bespreken. Waar primaire studies aanwezig waren die niet geïncorporeerd waren in de reviews, zoals beschreven in relevante recente Nederlandse proefschriften, hebben we de reviews aangevuld met deze primaire studies. Dit is bijvoorbeeld het geval bij prognostische factoren en de participatieve aanpak bij werkhervatting.

De algemene conclusie die uit de literatuur te trekken valt is dat er nog steeds betrekkelijk weinig curatieve of preventieve interventies zijn die ontstaan, duur, of intensiteit van rugklachten beïnvloeden. Dat is in nog sterkere mate voor ziekteverzuim het geval. De effecten zijn bovendien niet erg groot. Dat noopt tot bescheidenheid in het medisch handelen, ook voor bedrijfsartsen.

Er zijn diverse Nederlandse studies naar kosten-effectiviteit verricht. De uitkomsten daarvan hebben we niet in deze richtlijn betrokken. Er zijn betrekkelijk weinig interventies die effectief zijn. En er is vervolgens nauwelijks bewijs voorhanden dat aantoonde dat de ene interventie veel effectiever is dan de andere. Het heeft daarom weinig zin om de kosten-effectiviteit van interventies op te sommen. Immers, wanneer er geen verschil is in effectiviteit is de keuze gemakkelijk: neem dan de goedkoopste interventie. Dat is ook de reden dat we aanbevelen om de interventies stapsgewijs op te bouwen: eerst een simpele daarna een uitgebreidere en duurdere.

BEOORDELING DOOR DESKUNDIGEN

De concept-richtlijn met achtergrondstudie werden beoordeeld door een panel van 11 deskundigen op het gebied van rugklachten of op het terrein van arbeid en gezondheid. Zij beoordeelden de richtlijn op de volgende inhoudelijke punten: helderheid van de doelstelling, logische en consistente opbouw, leesbaarheid, vermelding van wetenschappelijk bewijs, bijlagen, afbakening van het onderwerp, wetenschappelijke onderbouwing, probleemoriëntatie, inventarisatie van klachten, prognostische factoren, lichamelijk onderzoek, de vier diagnostische categorieën, de voorgestelde interventies, de voorlichting bij specifieke klachten, de stapsgewijze opbouw in de interventies, de interventies bij lumbosacraal radiculair syndroom, werkhervatting na 2 of 4 weken, werkveranderingsadvies na een half jaar, preventieve aspecten. Op de meest essentiële punten waren de deskundigen het met de voorstellen van de projectgroep eens. Naar aanleiding van specifieke punten zijn wijzigingen aangebracht.

PRAKTIJKTEST

Vijf bedrijfsartsen waren bereid om de richtlijn in de praktijk te testen en leverden hiervoor 11 casus in. Met name de koppeling tussen specifieke rugpijn met een ongunstige prognose en stapsgewijze toename van de intensiteit van de interventies bleek een element dat niet zonder meer voor iedereen duidelijk is. Uit de praktijktest hebben we geconcludeerd dat er nog wel een implementatietraject nodig is voordat de bedrijfsartsen aan de nieuwe voorgestelde werkwijze gewend zijn en die ook kunnen uitvoeren in de praktijk.

PATIËNTENPERSPECTIEF

Bij de richtlijn hebben we geprobeerd om het patiëntenperspectief zoveel mogelijk mee te laten wegen. Het patiëntenperspectief verschilt nogal van de hier in de richtlijn voorgestelde werkwijze. Uit onderzoek is bekend dat patiënten graag meer diagnostisch onderzoek willen, doorverwijzing naar deskundigen die tot betere diagnostiek in staat zijn, een specifieke medische diagnose willen horen en graag concrete aanwijzingen willen hoe om te gaan met de klachten.⁹ De gewijzigde opzet komt voor zover mogelijk tegemoet aan die wensen door te wijzen op het belang van lichamelijk onderzoek voor de patiënt, goede communicatietechniek van de bedrijfsarts, participatieve aanpak bij werkherhvatting, stapsgewijze opbouw met eventueel inschakeling van andere deskundigen in tweede instantie en zoveel mogelijk concrete aanwijzingen voor werkherhvatting.

WERKGEVERPERSPECTIEF

Over de verwachtingen van werkgevers ten aanzien van het handelen van de bedrijfsarts zijn minder systematische gegevens voorhanden. We zijn ervan uitgegaan dat ook de werkgever behoefte heeft aan zo concreet mogelijke adviezen, in lijn met de gegevens die we voor patiënten van belang achten.

BELANGRIJKSTE VERANDERINGEN IN VERGELIJKING MET DE VORIGE EDITIE

In vergelijking met editie 1999 van de richtlijn zijn er de volgende wijzigingen.

- Bij specifieke rugklachten wordt geen onderscheid meer gemaakt naar duur van de klachten (acuut, chronisch) maar wordt onderscheid gemaakt naar prognose (gunstig, ongunstig).
- Bij specifieke rugklachten met gunstige prognose wordt nu een stapsgewijze opbouw van begeleiding aanbevolen, eerst simpel dan complex.
- Ook bij het lumbosacraal radiculair syndroom wordt aanbevolen om zoveel mogelijk door te gaan met de dagelijkse activiteiten. Deze aanbeveling is de afgelopen periode wetenschappelijk onderbouwd.
- Het gericht zoeken en oplossen van psychosociale problemen wordt minder benadrukt omdat er bewijs is dat dit niet effectief is. Ook in die gevallen wordt oefentherapie aanbevolen met een cognitief-gedragsmatige component gericht op werkherhvatting.
- Er is een extra paragraaf over preventie toegevoegd.
- Er is een extra paragraaf over specifieke rugklachten toegevoegd met aandacht voor M. Bechterew.

BEWIJSKRACHT VAN ARTIKELN DIE UITSPRAKEN OVER DIAGNOSTIEK ONDERBOUWEN

A1 Onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgd, goed gedefinieerde patiëntengroep met een vooraf gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen. Ook: besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en waarbij voldoende rekening wordt gehouden met de onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests. Ook systematische reviews waarin dergelijk onderzoek is samengevat

A2 Onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij vooraf criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie. Het moet een voldoende grote serie van opeen-

volgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van vooraf gedefinieerde afkappwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multipale diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid. De analyse dient hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie.

- B Vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A genoemd staan.
- C Niet-vergelijkend onderzoek.
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de projectgroepleden.

BEWIJSKRACHT VAN ARTIKELN DIE INTERVENTIES ONDERBOUWEN

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

BEWIJSKRACHT VAN ARTIKELN DIE UITSPRAKEN OVER SCHADE OF BIJWERKINGEN, ETIOLOGIE, PROGNOSE* ONDERBOUWEN

- A1 Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.
- A2 Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
- B Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek.
- C Niet-vergelijkend onderzoek.
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de projectgroepleden.

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.

NIVEAU VAN CONCLUSIES

Conclusie gebaseerd op:

- 1 Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
- 2 1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
- 3 1 onderzoek van niveau B of C
- 4 Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de projectgroepleden.

ACHTERGRONDEN BIJ DE RICHTLIJN RUGKLACHTEN

Dit hoofdstuk biedt de wetenschappelijke onderbouwing en de verantwoording voor de richtlijn rugklachten. De indelingen van dit hoofdstuk en van de richtlijn rugklachten zijn gelijk gehouden. Dat maakt het mogelijk om gericht te zoeken naar achtergrondgegevens bij een bepaald deel van de richtlijn.

1 PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSE

De belangrijkste taak voor de bedrijfsarts is om in het eerste contact met een patiënt met rugpijn onderscheid te maken tussen *aspecifieke lage rugpijn* zonder eenduidige oorzaak, een *lumbosacraal syndroom* en *specifieke spinale pathologie* met een aanwijsbare oorzaak. Vervolgens is het zaak om te onderscheiden tussen een *gunstige* en *ongunstige prognose*. De indeling is van belang omdat bij de verschillende diagnoses anders gehandeld dient te worden. Het uitgangspunt hierbij is dat de bedrijfsarts een eerstelijns populatie patiënten ziet. Anatomische diagnoses zoals spondylose leiden niet tot ander handelen en hebben daarom geen plaats in dit diagnostisch kader.

De meeste episodes van rugklachten verdwijnen spontaan. Dit is ook het geval bij werknemers die verzuimen vanwege rugklachten. Uit het onderzoek van Steenstra et al bleek de helft van de werknemers die zich ziekmelden vanwege rugklachten het werk binnen 6 dagen te hervatten en 75% binnen 13 dagen.⁷ Het is daarom niet zinvol om alle werknemers met rugklachten voor het spreekuur uit te nodigen. Wanneer werknemers in een te vroeg stadium worden uitgenodigd is het waarschijnlijk dat dit verzuimverlengend werkt. Naarmate de klachten langer bestaan wordt de prognose voor het verdwijnen echter ongunstiger. De projectgroep beveelt daarom aan om werknemers uit te nodigen voor een consult in de periode tussen de 2^e en 4^e week van het verzuim.

Rugklachten zijn gedefinieerd als pijnklachten in het gebied onder de schouderbladen en boven de bilplooien waarbij de pijn kan uitstralen vanuit de rug tot aan de voeten. Het overgrote deel van de mensen met rugklachten (90%) valt in de categorie *aspecifieke lage rugpijn*, een diagnose die goed door de bedrijfsarts gesteld kan worden op grond van anamnese en eenvoudig lichamelijk onderzoek. Ook de begeleiding kan goed door de bedrijfsarts worden gedaan, in samenwerking met de huisarts of andere eerstelijns hulpverlener. Lumbosacraal syndroom komt bij ongeveer 7 tot 10% van de patiënten voor en specifieke rugpijn bij ongeveer 1%. Daarnaast is bij 1% van de patiënten met rugklachten een viscerale aandoening de oorzaak zoals endometriose, pyelonefritis, cholecystitis en aneurisma van de aorta.⁸

Naast de medische diagnose of medische triage is het van belang om aan te geven of er sprake is van een beroepsziekte. Hiervoor zijn door het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten criteria ontwikkeld. Aan de hand van een scoreformulier kan de bedrijfsarts de diagnose beroepsziekte waarschijnlijker maken (zie bijlage 1 bij de richtlijn). De score betreft de aanwezigheid van de belangrijkste drie risicofactoren voor het ontstaan van rugpijn: lichaamstrillingen, tillen en sjouwen, draaien of vooroverbuigen van de rug.

Het stappenplan voor de bedrijfsarts tijdens het eerste contact bestaat uit:

1. uitsluiten van specifieke (spinale) pathologie: check 'rode vlaggen';
2. beoordelen van zenuwprickeling;
3. beoordelen van prognostisch belemmerende factoren: check 'gele vlaggen';
4. beoordelen van de relatie met het werk: check arbeidsgerelateerdheid m.b.v. scoreformulier (zie bijlage 1 bij de richtlijn).

1.1 EN 1.2 ENAMNESE EN LICHAAMELIJK ONDERZOEK

ASPECIFIEKE RUGPIJN

De bedrijfsarts stelt de diagnose ‘aspecifieke rugpijn’ op basis van pijnklachten die voornamelijk zijn gelokaliseerd in de rug, die verergeren bij bepaalde houdingen of bewegingen zonder uitstraling in de benen (althans niet voorbij de knie) en zonder andere ziekteverschijnselen. Door het uitsluiten van specifieke aandoeningen wordt de diagnose bevestigd. Er zijn geen bevindingen uit het lichamelijk onderzoek die de diagnose aspecifieke rugpijn bevestigen. Desondanks wordt toch aangeraden om lichamelijk onderzoek te doen, vooral omdat de patiënt dit verwacht en het een goede indruk kan geven van de ervaren beperkingen.⁹

De symptomen die duiden op specifieke pathologie worden ook wel rode vlaggen genoemd of alarmsignalen. De volgende symptomen worden genoemd als rode vlaggen: ontstaan van de klachten vóór het 20^{ste} levensjaar of na het 55^{ste}; recent, ernstig trauma; constante pijn, niet-mechanisch (geen vermindering door bedrust); thoracale pijn; maligne tumor in het verleden; langdurig gebruik van corticosteroïden; drugsverslaving, suppressie van het immuunsysteem, HIV; algemene malaise; onverklaard gewichtsverlies; uitgebreid scala aan neurologische symptomen (oa. cauda equina syndroom); ernstige, structurele houdingsafwijking; koorts.

In de systematische review van diagnostische studies wordt door Lurie aangegeven of de symptomen betrouwbaar zijn vast te stellen en wat de specificiteit en sensitiviteit van de verschillende symptomen voor specifieke aandoeningen zijn. Op grond daarvan is voor deze richtlijn de selectie gemaakt van belangrijke specifieke en sensitieve vragen in de anamnese en specifieke punten voor het lichamelijk onderzoek. In bijlage 1 zijn de bevindingen samengevat.

CONCLUSIE	
1	Aspecifieke rugpijn wordt gediagnosticeerd bij rugpijn die niet verder uitstraalt dan de knie, die geprovoceerd wordt door bepaalde houdingen, bewegingen of externe belasting en bij de afwezigheid van andere ziekteverschijnselen.
A	Van Tulder et al. 2004. Lurie 2005.

SUBGROEPEN

Er bestaat een grote wens om binnen de grote groep ‘aspecifieke rugpijn’ nadere verfijning in diagnostiek aan te brengen door verder te differentiëren in specifieke subgroepen als selectie voor een bepaalde therapie, maar tot op heden is hiervoor nog onvoldoende bewijs gevonden.⁸ Een uitzondering vormt wellicht de selectie van patiënten die positief op manuele therapie zullen reageren.¹⁰ De beoordeling hiervan kan echter niet gemakkelijk door de bedrijfsarts gebeuren en wordt daarom niet aanbevolen.

ASPECIFIEKE RUGPIJN MET PROGNOTISCH ONGUNSTIGE FACTOREN

Bij een vermoeden van ‘aspecifieke rugpijn’ is het van belang om te onderkennen in hoeverre hier sprake is van een normaal beloop met een natuurlijk, spontaan genezingsproces, of stagnaties hierin. Daarom wordt aanbevolen om een onderscheid te maken in aspecifieke rugpijn met een ongunstige prognose en met een gunstige prognose. Door sommigen worden ongunstige prognostische factoren bij aspecifieke rugpijn ook wel gele vlaggen genoemd.¹¹ De wetenschappelijke onderbouwing van de gele vlaggen ontbreekt echter.

Voor de arts zijn die prognostische factoren om meerdere redenen van belang. In de eerste plaats kan een interventie bij tijdige herkenning van prognostisch ongunstige factoren het natuurlijk beloop mogelijk gunstig beïnvloeden. In de tweede plaats wordt informatie over de prognose over het algemeen op prijs gesteld door werknemer en werkgever. Het biedt mogelijkheden om werk en leven af te stemmen op de beperkingen die de klachten met zich meebrengen. De prognostische factoren hebben in deze richtlijn een belangrijke plaats gekregen omdat bij de aanwezigheid van een of meer van deze factoren de bedrijfsarts geacht wordt

intensiever te interveniëren. Daarom wordt hier aangegeven welke factoren bij werknemers met rugpijn de prognose van ziekteverzuim bij rugklachten bepalen. Met behulp van de zoekstrategie *back pain [mh] en the clinical queries filter prognosis* is gezocht naar systematische reviews met de prognose van rugpijn. Op grond van deze reviews hebben we een set factoren geselecteerd die het meest voorspellend zijn voor de duur van een verzuimepisode. De reviews hebben we aangevuld met recent Nederlands onderzoek op dit terrein.

Het is goed om te bedenken dat deze prognostische factoren verschillen van factoren die bijvoorbeeld het opnieuw optreden van rugklachten voorspellen. De kans dat iemand weer rugklachten krijgt is ongeveer vijf keer zo groot als bij iemand die dat nog nooit heeft gehad. De duur van een nieuwe episode is echter in beide gevallen gelijk.

CONCLUSIE	
1	Het natuurlijk beloop van rugpijn is in principe gunstig: binnen een maand is de score voor pijn en beperkingen gehalveerd en is 82% weer aan het werk. Echter bij 73% van de patiënten met rugpijn treedt na een eerste episode een recidief van de klachten op.
A	Pengel et al. 2003.

Naarmate de klachten langer duren is de kans op spontaan herstel geringer.¹³ De klachten worden historisch ingedeeld in acute klachten, subacute klachten en chronische klachten. In klinische zin worden deze termen meestal gereserveerd voor het ontstaan van een ziektebeeld: acuut als ze van de ene op de andere dag ontstaan, subacuut als ze zich geleidelijk in de loop van weken ontwikkelen of chronisch als ze blijven bestaan in termen van jaren. In de rugpijnterminologie wordt de aanduiding gebruikt voor de duur van het bestaan van de klachten: acuut korter dan zes weken, subacuut tussen zes en twaalf weken en chronisch voor de gevallen die langer dan 12 weken bestaan. Met uitzondering van het advies om actief te blijven en manuele therapie zijn er geen interventies die in het acute stadium effectief zijn. Het stadium waarin het meest effect is gerapporteerd is het subacute stadium.^{4,5}

CONCLUSIE	
2	De eigen verwachtingen van de patiënt over de duur van klachten en het ziekteverzuim vormen een belangrijke prognostische factor voor de duur van het verzuim.
A	Steenstra et al. 2005.

Steenstra et al vonden in een systematische review van goede kwaliteit dat de volgende factoren van invloed zijn op de duur van het verzuim bij rugpijn. Werkhervatting na een episode van rugpijn duurt langer bij de aanwezigheid van de volgende factoren: een diagnose van specifieke pijn, meer beperkingen, uitstralende pijn, oudere leeftijd, vrouwelijk geslacht, meer sociaal disfunctioneren en sociale isolatie, zwaarder werk, een hogere uitkering. Er is geen relatie met de duur tot werkhervatting bij een eerdere episode van rugpijn, ontevredenheid over het werk, lager opleidingsniveau, burgerlijke status, aantal van het inkomen afhankelijke personen, roker zijn, langere werktijden per dag, beroep, bedrijfstak of bedrijf. De relatie tussen psychosociale factoren en werkhervatting kon niet worden vastgesteld.¹⁴ Er is echter wel een goede review beschikbaar over de voorspellende waarde van psychische factoren voor de duur van de pijnklachten.¹⁵ We hebben voor de eenvoud aangenomen dat deze factoren ook voorspellend zijn voor de duur van het verzuim. Uit de review blijkt dat psychologische distress, depressieve stemming en somatisering belangrijke voorspellers zijn.

CONCLUSIE	
2	De prognose van de duur van de pijnklachten wordt bij rugpijnpatiënten behalve door biologische factoren ook bepaald door de volgende psychische factoren: psychologische distress, depressieve stemming en somatisering.
A	Pincus et al. 2002.

In een Nederlandse prognostische studie van goede kwaliteit werd gevonden dat de eigen verwachtingen van de patiënt over de duur van de klachten een van de belangrijkste voorspelers is voor de duur van het verzuim.⁷ Ook bij andere aandoeningen wordt dit bij herhaling gevonden.¹⁶

Het zou de bedrijfsarts veel helpen als op grond van de prognostische factoren een simpele klinische beslisregel beschikbaar zou zijn. Op grond van het voorliggende onderzoek is dat echter nog niet mogelijk. Met het oog op het vaststellen van de prognose vraagt de bedrijfsarts daarom naar de volgende items die de prognose bepalen. Indien de volgende vragen bevestigend worden beantwoord is de prognose ongunstiger:

1. Duur van de klachten langer dan zes weken?
2. Eigen verwachting langer dan 3 maanden?
3. Uitstralende pijn?
4. Ernstige beperkingen bij het uitvoeren van belangrijke activiteiten?
5. Zwaar lichamelijk werk?
6. Distress, depressie of somatisatie?
7. Onder behandeling vanwege rugklachten bij huisarts of specialist?







Voor het vragen naar distress kan gebruik gemaakt worden van de vragen naar piekeren of slaapproblemen, voor depressie de vragen naar sombere stemming of lusteloosheid en voor somatisatie naar het bestaan van meerdere onopgeloste klachten.

LUMBOSACRAAL RADICULAIR SYNDROOM

Hoewel de therapie in essentie niet verschillend is, namelijk primair conservatief en terughoudend, bestaat toch de behoefte om onderscheid te maken tussen aspecifieke rugpijn zonder radiculaire prikkeling, of met radiculaire prikkeling volgens een dermatomaal patroon en met neurologische uitvalsverschijnselen, het zgn. lumbosacrale radiculair syndroom (LRS).

De mate van beperkingen wordt volgens de projectgroep het beste vastgesteld aan de hand van motorische uitval en de mate waarin de proef van Lasègue positief is. Wanneer er geen sprake is van motorische uitval en wanneer de proef van Lasègue niet sterk positief is er sprake van lichte beperkingen. Er is sprake van ernstige beperkingen wanneer er motorische uitval is of wanneer de proef van Lasègue sterk positief is. De klachten duren in het algemeen ook langer dan in het geval van aspecifieke rugklachten. Meestal is de oorzaak een hernia van de nucleus pulposi, maar ook andere oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen zoals een spinale stenose die echter vooral op oudere leeftijd voorkomt.

Ook hier kan de bedrijfsarts met behulp van anamnese en lichamelijk onderzoek meestal zelf al de diagnose stellen.^{17,8} Het belangrijkste diagnostische criterium is de uitstraling van de pijn voorbij de knie in het verloop van een dermatoom. De bedrijfsarts kan hiervoor het beste vragen aan de patiënt of de pijn in het been erger is dan in de rug, waar in het been de pijn verloopt en of die pijn toeneemt bij drukverhoging (hoesten, niezen, persen). In figuur 1 is het verloop van de dermatomen weergegeven bij hernia's op verschillende niveaus. De aanwezigheid van een parese heeft een hoge specificiteit maar komt weinig voor, wat de waarde voor de diagnostiek vermindert. Het lichamelijk onderzoek voegt eigenlijk betrekkelijk weinig toe aan de diagnostische waarde van de anamnesevragen. De belangrijkste test is de test van Lasègue, in de Angelsaksische literatuur ook wel de Straight Leg Raising test genoemd. Een been wordt gestrekt opgetild bij een liggende patiënt. Indien de patiënt pijn aangeeft in het verloop van de dermatoom bij een heffing minder dan 70 graden is de test positief. Tussen 30 en 70 graden is de test gematigd positief en bij minder dan 30 graden sterk positief.

Ruggemergswortel	L4	L5	S1
Pijn			
Gevoelloosheid			
Spierzwakte	extensie van knie	dorsaalflexie van grote teen en voet	plantair flexie van grote teen en voet
Lichamelijk onderzoek	hurken en terug	op hakken lopen	op tenen lopen
Reflexen	kniepeesreflex verminderd	geen betrouwbare test	achillespeesreflex verminderd

Figuur 1 Verloop van dermatomen bij hernia's op verschillende niveaus.

Voor het geven van een werkhervattingsadvies is het zinvol om een onderscheid te maken tussen een LRS met lichte beperkingen en met ernstige beperkingen. De mate van beperkingen wordt volgens de projectgroep het beste weergegeven door het al of niet bestaan van motorische uitval en de mate waarin de proef van Lasègue positief is. Wanneer deze beide niet bestaan dan is er sprake van lichte beperkingen, bestaat een van beide wel dan is er sprake van ernstige beperkingen.

CONCLUSIE

1 De belangrijkste diagnostische test bij een vermoeden van een lumbosacraal radiculair syndroom is de vraag naar uitstraling van de pijn in het been in het verloop van een dermatoom. De meeste specifieke test is het testen van de spierkracht op aanwezigheid van een parese.

A Lurie. 2000. Van de Hofstede et al. 2004.

CONCLUSIE

Een lumbosacraal radiculair syndroom is gedefinieerd als pijn uitstralend voorbij de knie in het verloop van een dermatoom al of niet in combinatie met spierzwakte, gevoelsstoornissen of afwijkingen bij neurologisch onderzoek.

D Mening projectgroep.

SPECIFIEKE RUGPIJN

Specifieke rugpijn komt in een ongeselecteerde eerstelijns populatie weinig voor. Een belangrijke oorzaak van specifieke pijn is een metastase van een maligniteit. Vanwege de ernst van de diagnose is een sensitieve test hier belangrijk. Bij een negatieve testuitslag is er dan immers de geringste kans om de diagnose te missen. Het meest sensitief is een ontkennend antwoord op de volgende vier vragen. Indien een patiënt jonger is dan 50, geen maligniteit heeft doorgemaakt, geen gewichtsverlies heeft en conservatieve therapie helpt is een maligniteit uitgesloten. Zie tabel 1 in bijlage 1 voor de diagnostische kwaliteiten van de verschillende testen.⁸

CONCLUSIE	
1	De mogelijkheid van specifieke rugpijn wordt overwogen bij atypische pijn (pijn die in verloop van weken toeneemt, nachtelijke pijn) die mogelijk op een carcinoom, infectie, ontsteking of fractuur berust.
A	Lurie 2005.

1.3 DIAGNOSE

ASPECIFIEKE RUGPIJN MET EEN GUNSTIGE PROGNOSE

Op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek kan de bedrijfsarts zelf de diagnose aspecifieke rugpijn met een gunstige prognose stellen. Hoewel dit eigenlijk een diagnose bij uitsluiting is kunnen de criteria ook als volgt positief benoemd worden: rugpijn die al of niet uitstraalt maar niet verder dan de knie, afwezigheid van algemene ziekteverschijnselen en provocatie van de pijn bij houdingen bewegingen of externe belasting en afwezigheid van ongunstige prognostische factoren. Het belang van het stellen van deze diagnose is dat de bedrijfsarts er vanuit kan gaan dat in dit geval het beloop gunstig is en eigenlijk geen andere interventie behoeft dan benadrukken van de gunstige prognose.

ASPECIFIEKE RUGPIJN MET EEN ONGUNSTIGE PROGNOSE

Aangezien bij de aanwezigheid van ongunstige prognostische factoren van de bedrijfsarts een actiever beleid verwacht wordt, is het van belang dit expliciet te benoemen als aspecifieke rugpijn met een ongunstige prognose.

LUMBOSACRAAL RADICULAIR SYNDROOM

Het stellen van de diagnose lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) kan ook op klinische gronden. Minimaal moet er sprake zijn van pijn uitstralend voorbij de knie in het verloop van een dermatoom. Vervolgens kan er bovendien sprake zijn van een of meer van de volgende symptomen of bevindingen: spierzwakte, gevoelsstoornissen of ander afwijkingen bij neurologisch onderzoek. Een LRS geeft over het algemeen ernstiger pijnklachten en meer beperkingen bij wortelprickeling. De variatie is hier echter groot. Daarom adviseren we om een onderscheid te maken in een LRS met lichte en ernstige beperkingen. Op grond van consensus in de projectgroep hebben we hiervoor als onderscheidend criterium genomen het bestaan van motorische uitval en de ernst van wortelprickeling. Ernstige beperkingen zijn aanwezig als er sprake is van een positieve Lasègue bij minder dan 30 graden. Een ernstige parese van de voetheffers kan het lopen bemoeilijken. Natuurlijk hangt het van de aard van het werk af of iemand hiermee arbeidsongeschikt is.

SPECIFIEKE RUGPIJN

De diagnose specifieke rugpijn kan over het algemeen niet alleen op klinische gronden gesteld worden. Er is altijd aanvullend beeldvormend of bloedonderzoek nodig. Dit zal vrijwel nooit zonder verwijzing of overleg met een behandelaar worden verricht. De benoeming als specifieke rugpijn gebeurt bij de aanwezigheid van een proces in of rond de wervelkolom dat op een carcinoom, infectie, ontsteking of fractuur berust.

BEROEPSZIEKTE

Van de bedrijfsarts wordt verwacht beroepsziekten te melden. Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) verwacht van bedrijfsartsen dat zij bij rugpijn vaststellen of er sprake is van werkgerelateerde klachten en deze melden bij het NCvB. De diagnose beroepsziekte is niet gemakkelijk vanwege de veelheid aan risicofactoren die binnen en buiten het werk voorkomen. De belangrijkste risicofactoren in het werk zijn de aanwezigheid van lichaamstrillingen, tillen

of sjouwen, draaien van de rug en voorovergebogen staan. Uit een goede analyse van de literatuur blijkt niet dat zitten een risicofactor is. Er is een checklist ontwikkeld om de beoordeling te vergemakkelijken. Wanneer de betreffende casus voldoende punten scoort op het instrument kan hij gemeld worden als beroepsziekte. Het instrument is gratis beschikbaar via de website <http://www.kenniscentrumakb.nl> (zie ook bijlage 1 bij de richtlijn).

2 INTERVENTIE EN WERKHERVATTINGS-ADVIES

2.1 INTERVENTIE BIJ ASPECIFIEKE RUGPIJN

Interventies bij rugklachten zouden aan de volgende twee eisen moeten voldoen. Het ingrijpen zou in een vroeg stadium moeten gebeuren om langdurig verzuim te voorkomen. Bovendien zou slechts ingegrepen moeten worden bij patiënten die een groot risico lopen om arbeidsongeschikt te worden en te blijven. Dat zijn echter moeilijk te combineren eisen. Het natuurlijk beloop van rugklachten is voor de overgrote meerderheid van de patiënten gunstig, waardoor vroeg ingrijpen bij veel patiënten ten onrechte zou gebeuren. De belangrijkste risicofactor is de tijd. Dat wil zeggen dat pas na verloop van tijd met meer zekerheid is te zeggen wie zal blijven verzuimen. Bovendien gaat van degenen die rugklachten krijgen slechts een klein percentage over naar het stadium van langdurige chronische klachten. Dat betekent weer dat bij ongericht vroeg interveniëren bij veel mensen wordt ingegrepen die toch wel hersteld zouden zijn en het is niet ondenkbaar dat ze door de interventie langzamer herstellen. Om aan de twee tegenstrijdige eisen tegemoet te komen hebben we geprobeerd om los van de duur zo adequaat mogelijk de prognostische factoren te benoemen. Interventies kunnen dan al in een eerder stadium worden uitgevoerd bij patiënten die een of meer ongunstige prognostische factoren hebben. Hoewel er geen strikte wetenschappelijke onderbouwing voor het interveniëren bij deze patiënten is, achten we het zo plausibel dat we het verantwoord vinden om het in de richtlijn op te nemen.

Een simpele en goed onderzochte interventie is het advies om actief te blijven, te benadrukken dat de prognose goed is en voorlichting te geven over hoe om te gaan met de klachten in het dagelijks leven. 4 In vergelijking met de vroeger gepropageerde bedrust leidt dit advies tot kortere duur van klachten en verzuim. Ondersteuning met schriftelijk materiaal verdient de voorkeur. De projectgroep raadt hiervoor het boekje “Zelf iets doen aan lage rugpijn” aan dat wordt uitgegeven door het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat (zie www.kenniscentrumakb.nl).

CONCLUSIE	
1	Actief blijven leidt tot een kortere duur van de klachten en het verzuim bij specifieke rugklachten.
A	Van Tulder et al. 2004.

Gebaseerd op revalidatie en gedragsmatige principes bevelen we aan om het hervatten van activiteiten planmatig aan te pakken. Dat wil zeggen duidelijke doelen stellen en een stapsgewijze opbouw volgens een van tevoren opgesteld vast schema, ook wel tijdcontingente aanpak of -opbouw genoemd. Hoewel er geen wetenschappelijke onderbouwing is dat deze aanpak effectiever is dan een andere, zijn de bovengenoemde aanwijzingen reden om dit toch aan te bevelen.

CONCLUSIE	
	Actief blijven leidt tot een kortere duur van de klachten en het verzuim bij specifieke rugklachten.
D	Mening projectgroep.

Een belangrijke uitkomst van kwalitatief onderzoek naar de mening van patiënten met rugpijn over hun behandeling is dat ze vinden dat ze te weinig concrete informatie krijgen over hoe om te gaan met hun klachten. Ook is duidelijk dat de boodschap om actief te blijven niet strookt met de ideeën die patiënten er zelf over hebben.⁹ Het is daarom niet gemakkelijk om het verschil tussen de verwachtingen van de patiënt en het advies van de dokter op een acceptabele manier te overbruggen. Dit vergt veel van het communicatievermogen van de arts. Er is geen onderzoek dat aangeeft hoe de boodschap op de beste manier kan worden overgebracht, anders dan toepassing van algemene communicatieve principes.

2.2 INTERVENTIE BIJ ASPECIFIEKE RUGPIJN MET PROGNOSTISCH ONGUNSTIGE FACTOREN

Bij specifieke rugpijn is geen oorzaak aantoonbaar en daardoor is geen oorzakelijke behandeling mogelijk. Cognitief-gedragsmatige aspecten spelen een echter belangrijke rol bij het ontstaan van chronische specifieke rugpijn.¹⁹ Het merendeel van de behandeling en de begeleiding richt zich geheel of gedeeltelijk op deze aspecten.

COMMUNICATIE

Bij werkhervatting speelt de communicatie tussen werkgever en werknemer een belangrijke rol.

CONCLUSIE	
2	Gezamenlijk met de werknemer hindernissen voor werkhervatting inventariseren en oplossen op de werkplek is effectiever dan begeleiding door de bedrijfsarts alleen of een graded activity programma.
A	Franche et al. 2005. Anema 2006. Steenstra 2006. Van Tulder et al. 2004.

In een systematische review van studies naar het effect van contacten tussen werknemer, werkgever en arboprofessionals wordt ook geconcludeerd dat contact tussen bedrijf en werknemer de verzuimduur verminderen, evenals de aanwezigheid van een case-manager.²⁰ Recent Nederlands onderzoek liet zien dat een aanpak waarbij een ‘case-manager’ samen met de werknemer op de werkplek hindernissen voor werkhervatting inventariseert en probeert op te lossen op termijn effectiever is dan begeleiding alleen door de bedrijfsarts of graded activity.^{21;22} Het betreft een replicatie onderzoek van Loisel in Canada, die eerder positieve resultaten vond met deze aanpak.²³ De resultaten van de inventarisatie en de oplossingen kunnen worden opgenomen in het wettelijk verplichte plan van aanpak.

STAPSGEWIJZE VERWIJZING

Het bevorderen van activiteit kan op verschillende manieren met een verschillende intensiteit gebeuren. In eerste instantie zal het voldoende zijn als de bedrijfsarts dit zelf doet. In tweede instantie zal de bedrijfsarts proberen om andere deskundigen met mogelijk meer overtuigingskracht daarbij te betrekken. We propageren hierbij een stapsgewijze opbouw waarbij eerst de fysiotherapeut eenmalig wordt betrokken. Er is onderzoek waaruit blijkt dat eenmalig advies net zo goed werkt als langer durende oefentherapie.²⁴ Bovendien is dit ook in overeenstemming met de richtlijn rugklachten zoals die door de fysiotherapeuten is opgesteld en wordt gehanteerd.²⁵ Indien dit geen effect heeft kan worden overgegaan op oefentherapie onder leiding van een fysiotherapeut, bij voorkeur gestandaardiseerd en van beperkte duur. Indien dit geen effect heeft kan verwezen worden naar een multidisciplinair team. Het achterliggende principe is in alle drie de gevallen vergelijkbaar, maar de intensiteit en de overtuigingskracht nemen toe. Van alle drie de interventies is aangetoond dat ze effectief zijn in vergelijking met een andere aanpak of ‘usual care’.⁵

CONCLUSIE	
2	Enmalig advies door de fysiotherapeut is even effectief als een fysiotherapeutische behandeling.
B	Airaksinen et al. 2004. Frost et al. 2004

Er is een Cochrane Review over de effectiviteit van interventies om het functioneren en werkhervatting bij rugpijn te bevorderen. Daarin wordt geconcludeerd dat er wetenschappelijk bewijs is dat oefentherapie waarbij een cognitief-gedragsmatige aanpak wordt gehanteerd bij werknemers met chronische klachten het aantal verzuimdagen met 45 kan reduceren na een jaar follow-up in vergelijking met 'usual care' door de huisarts.²⁶

CONCLUSIE	
1	Oefentherapie gericht op werkhervatting met een cognitief-gedragsmatige aanpak bij werknemers met chronische rugpijn is effectiever dan usual care door de huisarts.
A	Schonstein et al. 2003.

GRADED ACTIVITY

In de vorige editie van de richtlijn lag veel nadruk op 'graded activity'. Dit is een oefenprogramma onder leiding van een fysiotherapeut die de belasting van het oefenen in de loop van een aantal weken geleidelijk opvoert. Het bewijs hiervoor werd gevormd door één Zweeds gerandomiseerd onderzoek uit 1992, waaruit bleek dat het verzuim in de graded activity groep na een jaar niet en na twee jaar wel significant lager lag dan in de controle groep.²⁷

CONCLUSIE	
2	Er is geen eenduidig bewijs voor het effect van graded activity als specifieke vorm van oefentherapie op de verzuimduur.
A	Anema 2006. Steenstra 2006. Lindstrom et al. 1992. Staal et al. 2004. Hlobil et al. 2005

Staal et al in hebben in 2004 gekeken naar het effect van graded activity in vergelijking met 'usual care' door de bedrijfsarts bij werknemers die gedurende een maand hadden verzuimd vanwege rugpijn. Ongeveer twee maanden na de aanvang van de graded activity bleek de graded activity groep het werk sneller te hervatten dan de controle groep.²⁹ Na een jaar follow-up was dit nog steeds het geval.³¹ Anema en Steenstra vergeleken graded activity bij werknemers die gedurende acht weken verzuimden vanwege rugpijn. In hun onderzoek werd graded activity deels gecombineerd met een werkplekinterventie. De groep die graded activity kreeg deed er echter langer over om het werk te hervatten dan de groep die alleen 'usual care' van de bedrijfsarts kreeg. De auteurs concluderen dat graded activity verzuimverlengend kan werken.^{21,22} Daarmee is het niet goed duidelijk hoe de resultaten van onderzoek naar de praktijk moeten worden vertaald. Er is hiermee geen eenduidigheid over de effectiviteit van graded activitiy op het verzuim. Daarom spreken we geen voorkeur meer uit voor een specifieke vorm van oefentherapie zoals graded activity in tegenstelling tot de conclusies van de EU-richtlijnsgroep die graded activity wel aanbevelen.

COGNITIEF-GEDRAGSMATIGE AANPAK

Een programma met een specifieke cognitief-gedragsmatige aanpak is effectiever dan placebo, geen behandeling of een controlegroep die bestond uit patiënten die op een wachtlijst werden geplaatst. Er kon echter geen verschil worden aangetoond tussen programma's met verschillende inhoud en aanpak. Er was ook geen verschil tussen een cognitief-gedragsmatig programma en oefentherapie. Ook een rugschool programma kan mogelijk als een alternatief dienen voor oefentherapie.³²

CONCLUSIE	
1	Oefentherapie onder leiding van een fysiotherapeut is effectiever dan passieve behandeling of begeleiding alleen door de huisarts bij patiënten met chronische rugpijn.
A	Airaksinen et al. 2004.
1	Manuele therapie of cognitief-gedragsmatige therapie (pijn-management) is effectiever dan 'usual care' alleen door de huisarts en even effectief als oefentherapie bij patiënten met chronische rugpijn.
A	Airaksinen et al. 2004.
1	Multidisciplinaire revalidatie is effectiever in reduceren van ziekteverzuim dan 'usual care' bij chronische rugpijn.
A	Airaksinen et al. 2004.

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING

De inhoud van een multidisciplinaire behandeling bestaat gewoonlijk uit fysieke, gedragsmatige en werkhervattingscomponenten. Op grond van meerdere systematische reviews kan geconcludeerd worden dat dergelijke programma's effectief pijn reduceren en het functioneren van patiënten verbeteren. Er is ook sterk bewijs dat multidisciplinaire programma's werkhervatting effectief bevorderen.⁵ Zonodig kan een pijn-management programma als alternatief dienen voor een multidisciplinair programma.⁵

INTERVENTIES OP PSYCHOSOCIALE FACTOREN

Intuïtief lijkt het aantrekkelijk om ongunstige psychosociale prognostische factoren zoals distress of depressie te identificeren en daar gericht op te interveniëren. Recent Nederlands onderzoek van goede kwaliteit liet echter zien dat dit geen effectieve aanpak is. In een gerandomiseerd onderzoek werden de uitkomsten van huisartsen, speciaal getraind in het opsporen en behandelen van psychosociale problemen bij rugklachten, vergeleken met 'care as usual'. Op geen van de uitkomstmaten rugpijn of ziekteverzuim bleken er verschillen tussen beide groepen.³³ Klaarblijkelijk is dit niet een succesvolle strategie, maar is het effectiever om de eerder genoemde specifieke interventies voor alle patiënten met rugpijn in te zetten. Vandaar dat niet expliciet wordt aanbevolen om psychosociale factoren te inventariseren en te behandelen. Dit laat natuurlijk onverlet om patiënten met een klinische depressie of overspanning daarvoor te behandelen.

INTENSIEVERE SAMENWERKING ALS INTERVENTIE

Samenwerking met andere disciplines is vanzelfsprekend en belangrijk. Een goede coördinatie en afstemming van het zorgproces is bij alle problemen op het gebied van werk en gezondheid belangrijk, al was het alleen maar om reden van efficiency. De projectgroep beveelt aan om kennis te nemen van de richtlijnen voor de behandeling van patiënten met rugklachten zoals door de andere beroepsgroepen worden gehanteerd en zoals opgesteld door het CBO.^{25;34;35} De projectgroep heeft vastgesteld dat er nergens grote tegenstrijdigheden bestaan, ook al kan de terminologie op punten verschillen.

Door verschillende onderzoekers is echter gesteld dat het gebrek aan samenwerking een belangrijke oorzaak van langdurige arbeidsongeschiktheid van werknemers met rugklachten zou zijn.³⁶ Daarmee zou een beter overleg en samenwerking met de huisarts, fysiotherapeut en specialist een belangrijke interventie zijn om het probleem van langdurige arbeidsongeschiktheid bij rugklachten aan te pakken. De projectgroep heeft daarom gezocht naar evaluaties van projecten waarin de interventie bestond uit een betere samenwerking. In een nationale evaluatie van samenwerkingsprojecten tussen bedrijfs- en huisartsen werden geen effecten gevonden op patiënttevredenheid.³⁷ In een klein gecontroleerd Nederlands onderzoek naar de effecten van samenwerking van huis- en bedrijfsarts bij rugklachten werd geen effecten gevonden op de duur van het verzuim.³⁸ In Canadees gerandomiseerd onderzoek naar de effecten van beter gecoördineerde zorg bleek ook geen effect op de duur van het verzuim, maar wel was er een verschil in pijnklachten tussen de beter gecoördineerde groep en de controlegroep.³⁹ In een grootschalig Noors project om alle betrokkenen bij verzuim beter op een lijn te

krijgen bleek uiteindelijk ook geen effect op het verzuim te realiseren.^{40 41:42}

De projectgroep ziet daarom geen reden om speciaal bij rugklachten de samenwerking in te zetten als een speciale interventie. Samenwerking met andere disciplines moet en is goed, maar is geen panacee voor het voorkomen van arbeidsongeschiktheid bij rugklachten.

CONCLUSIE	
1	De verzuimduur bij rugklachten wordt niet verminderd door speciale samenwerkingscontacten tussen bedrijfsartsen en andere artsen.
B	Faber et al. 2005. Rossignol et al. 2000. Scheel et al. 2002.

CHIRURGISCH INGRIJPEN

Chirurgisch ingrijpen levert tegenstrijdige resultaten op en wordt niet aanbevolen.^{43 44}

MANUELE THERAPIE

In editie 1999 van de NVAB-Richtlijn werd manuele therapie genoemd als effectief in het verminderen van verzuim. Ook in recente reviews wordt zowel voor acute als voor chronische rugpijn aangegeven dat manuele therapie een te overwegen optie is. Manuele therapie kan worden overwogen in plaats van oefentherapie.⁵ Er is reden om aan te nemen dat met name patiënten met kortdurend klachten zonder uitstralende pijn waarbij psychologische factoren geen rol spelen, beter reageren op manuele therapie.¹⁰

ANDERE INTERVENTIES

Er is een scala aan andere therapeutische mogelijkheden voor handen. Er is echter geen bewijs voor de effectiviteit van die therapeutische interventies. Ze worden dan ook ontraden. Zie tabel 2.

In de kolommen is aangegeven of er sprake is van bewijs voor ineffectiviteit of gebrek aan bewijs in het algemeen. Met kruisjes is aangegeven of dit geldt voor acute of voor chronische pijn.			
niet effectief	geen bewijs	acut	chronisch
bedrust		x	x
	epidurale steroid injecties	x	
rugschool		x	
tractie		x	x
massage		x	
TENS		x	x
interferentiële therapie			x
lasertherapie			x
korsetten en lumbale ondersteuning			x
	korte golf diathermie		x
ultrageluid			x
thermotherapie			x
acupunctuur			x
	epidurale corticosteroïde		x
	facetgewricht injecties		x
intradiscale injecties			x
skleroserende injecties			x
trigger-point injecties			x
facet denervatie			x
intradiscale thermocoagulatie			x
dorsale wortel ganglion bewerking			x
ruggemerg stimulatie			x

Tabel 2. Interventies waarvoor geen bewijs van effectiviteit bestaat of waarvoor bewijs van ineffectiviteit bestaat gebaseerd op EU-richtlijn.

2.3 INTERVENTIE BIJ LUMBOSACRAAL RADICULAIR SYNDROOM

Op korte termijn kan een operatie van een geruptureerde discus effectiever verholpen worden door een operatie dan door een chemonucleolyse behandeling of conservatieve therapie. Na een tot meerdere jaren follow-up zijn er echter geen verschillen in resultaten meer.⁴⁵ Alleen een cauda equina syndroom vormt een absolute operatie indicatie. Een relatieve operatie indicatie is een ernstige en progressieve parese en ernstige en langdurige pijnklachten ondanks adequate pijnbestrijding, waarbij het natuurlijk herstel lang op zich laat wachten of de belemmeringen door de pijn voor de patiënt groot zijn. Er is consensus, maar geen wetenschappelijke onderbouwing, dat een operatie pas dient te worden overwogen na het natuurlijk beloop te hebben afgewacht. Daarvoor wordt in Nederland een termijn van 6 tot 8 weken aangehouden.⁴⁶

Een absolute operatie indicatie is een cauda equina syndroom en een snel progressieve parese. Een relatieve indicatie is aanhoudende ernstige pijn. Hoewel de meeste patiënten na een operatie vrijwel direct van hun pijnklachten in het been af zijn, is het effect van een operatie moeilijk te voorspellen. Veel patiënten hebben een jaar na de operatie nog klachten.⁴⁷ Het is goed om patiënten voor te lichten over het in het algemeen gunstige natuurlijke verloop zonder interventie, ondanks de hevigheid van de pijnklachten.^{48 49}

De vroeger gegeven bedrust is niet effectiever dan gewoon doorgaan met de dagelijkse activiteiten. Ook het verzuim wordt er niet door bekort.⁵⁰ Er is weinig duidelijkheid over de andere alternatieven voor een operatie, zoals oefentherapie. In een Nederlandse RCT werden geen verschillen gevonden tussen bedrust, fysiotherapie, of zoveel mogelijk gewoon doorgaan met alle dagelijkse activiteiten inclusief werk.⁵¹

In een Cochrane Review over de effecten van revalidatie na een operatie wordt geconcludeerd dat het advies om de activiteiten na een operatie te beperken niet wetenschappelijk onderbouwd is.⁵² (Ostelo) In ongecontroleerd onderzoek waarin werkhervatting de dag onmiddellijk na de operatie werd aanbevolen, werden niet meer complicaties gevonden dan na meer vertraagde werkhervatting.⁵³ Er is daarom weinig reden om, zoals tot nu toe gebruikelijk is, werkhervatting na een operatie langdurig uit te stellen.

CONCLUSIE

1	Na een hernia operatie bevordert oefentherapie werkhervatting.
A	Ostelo et al. 2002.

Er is sterk bewijs dat het geven van een oefen- of revalidatieprogramma vier weken na de operatie herstel en werkhervatting bevordert. Na een hernia operatie bestaat vaak de angst dat er bij teveel activiteiten 'iets kapot zal gaan' in de rug. Hiervoor is geen bewijs. Ook bij actieve interventies komen heroperaties niet vaker voor.⁵²

2.4 INTERVENTIE BIJ SPECIFIEKE RUGPIJN

Bij specifieke rugklachten speelt zich over het algemeen een infectieus of maligne proces af in de wervelkolom. Bijvoorbeeld bij metastasen in de wervelkolom is er kans op een instorting van het wervellichaam met hevige pijn en paralyse tot gevolg. De instorting is afhankelijk van tumorgrootte en plaats van de metastase.⁵⁴ Voor een goede beoordeling is daarom overleg met een behandelend specialist nodig. We konden geen gegevens vinden over de bijdrage van lichamelijke belasting. In alle gevallen lijkt het raadzaam de lichamelijke belasting te beperken.

CONCLUSIE	
	Bij specifieke rugpijn dient de lichamelijke belasting te worden beperkt.
D	Mening projectgroep.

Bij werknemers met Spondylitis Ankylopoetica (SA) ofwel de ziekte van Bechterew dient de bedrijfsarts zich te realiseren dat het ziektebeeld in episodes verloopt. Tijdens zo'n episode van verergering van de klachten is rust geïndiceerd. Over het algemeen gaat de ziekte met minder beperkingen gepaard dan reumatoïde artritis.⁵⁵ In een kleine minderheid kan de ziekte zelfs 'uitdoven'.

Patiënten zijn gemiddeld ruim een uur per dag bezig met therapeutische activiteiten zoals oefeningen, oefentherapie en zwemmen. Behalve pijn en stijfheid in de rug is ook algehele moeheid een klacht die bij Bechterew patiënten veel voorkomt en die beperkingen kan geven. Lichamelijk zwaar werk en koude hebben een ongunstige invloed.⁵⁶ Bij lichamelijk zwaar werk zijn patiënten vaker arbeidsongeschikt.⁵⁷ In geval van ankylosering op oudere leeftijd bestaat een fractuurrisico.

De arbeidsparticipatie varieert van 90% tot 34% bij respectievelijk 5 en 45 jaar ziekteduur, maar ligt in de meeste studies onder de 70%.⁵⁷ In Nederland zijn de mate van arbeidsongeschiktheid en de kosten vanwege spondylitis ankylopoetica hoger dan in ons omringende landen.⁵⁸

Spondylitis Ankylopoetica treft vaak relatief jonge mensen. Maatregelen om inzetbaarheid voor werk te behouden kunnen daarom een relatief langdurig effect hebben. De ernst van de ziekte bepaalt in sterke mate de beperkingen voor werk.

CONCLUSIE	
	Voor patiënten met de ziekte van Bechterew met zwaar lichamelijk werk moet in een vroeg stadium lichter werk gezocht worden met zowel voldoende beweging als de mogelijkheid om te zitten.
C	Boonen et al. 2001a. Boonen et al. 2001b.

In het geval dat er sprake is van lichamelijk zwaar werk, wordt aanbevolen om werknemers met Spondylitis Ankylopoetica te begeleiden naar fysiek lichter werk met zowel voldoende beweging als de mogelijkheid om te zitten.

2.5 WERKHERVATTINGSADVIES

Het geven van een concreet werkhervattingsadvies wordt door de projectgroep gezien als een belangrijke taakonderdeel in het werk van de bedrijfsarts. Er is echter weinig literatuur over het geven van dergelijke adviezen voorhanden. Ook in richtlijnen van andere disciplines en internationale richtlijnen wordt vrijwel geen concreet advies gegeven over hoe en wanneer het werk te hervatten. Een belangrijke klacht van patiënten met rugpijn is dat dokters over het algemeen weinig concreet zijn in het geven van instructies over hoe om te gaan met de klachten, terwijl daaraan wel grote behoefte bestaat.⁹ Uit een Nederlands onderzoek onder 615 werknemers van een groot academisch ziekenhuis naar het verloop van verzuim bij rugklachten blijkt dat de helft van de ziek gemelde werknemers binnen 6 dagen het werk hervat heeft en 75% binnen 13 dagen.⁷

CONCLUSIE	
2	Vijftig procent van de werknemers die zich ziekmelden met aspecifieke rugklachten heeft het werk na 6 dagen hervat en 75% na 13 dagen.
A	Steenstra et al. 2005.

De projectgroep adviseert daarom om bij aspecifieke rugpijn waarbij geen ongunstige prognostische factoren aanwezig zijn de werknemer te adviseren om het werk binnen twee weken te hervatten en afhankelijk van de beperkingen, de aard van het werk en de opvattingen van de werknemer dit zoveel eerder te doen als mogelijk is. Omdat het aannemelijk is dat bij de

aanwezigheid van ongunstige prognostische factoren werkhervatting moeilijker zal verlopen wordt geadviseerd om die gevallen de redelijke werkhervattingstermijn te verlengen tot maximaal een maand. Zoals eerder omschreven wordt geadviseerd om het werk met vaste stappen en volgens een tevoren opgesteld plan uit te breiden.

In alle gevallen is onduidelijk in hoeverre dit een te conservatieve opstelling is, omdat de adviezen feitelijk onderbouwd worden met een verwijzing naar de huidige praktijk. Er is meer onderzoek nodig naar de effecten van werkhervattingsadviezen, zowel qua vorm als inhoud.

In het geval van een lumbosacraal syndroom wordt geadviseerd om het beleid af te stemmen op de aanwezigheid van beperkingen die het uitvoeren van de werkactiviteiten bemoeilijken. De aanwezigheid van een grote parese van de teenheffers bijvoorbeeld, kan het hervatten van werk waarbij veel gelopen moet worden bemoeilijken. Behandeling met bedrust, fysiotherapie, of gewoon doorgaan met dagelijkse activiteiten bleek na 6 maanden geen verschillen in resultaat op te leveren in pijnscore of beperkingenscore.⁵¹

Uitstralende pijn is wel een ongunstige prognostische factor.¹⁴ De projectgroep ziet daarom geen argumenten om met een lumbosacraal radiculair syndroom met weinig beperkingen anders om te gaan dan met aspecifieke rugklachten met een ongunstige prognose.

Daarom adviseert de groep om hier een termijn van vier weken aan te houden.

Ook op grond van een Cochrane systematic review kan worden geconcludeerd dat er geen wetenschappelijk bewijs is dat de beperking van activiteiten na een hernia operatie onderbouwt.⁵²

In geval van specifieke rugpijn wordt aangenomen dat de belastbaarheid van de wervelkolom verminderd is met een toegenomen kans op een wervelfractuur. Aangeraden wordt om de belasting van de wervelkolom te verminderen en werkhervatting in zwaar lichamelijk werk te ontraden.

3

EVALUATIE

Bij een probleemgeoriënteerde benadering hoort ook het evalueren of interventies effect hebben gehad. In medische terminologie wordt dit ook wel controle genoemd. Er zijn aanwijzingen dat het onderhouden van goed contact met de werknemer na een eerste consult de verzuimduur bekort.⁶⁰ Er wordt daarom aanbevolen om binnen twee weken te evalueren of de interventie succesvol is geweest en of de gegeven adviezen zijn opgevolgd. De evaluatie kan telefonisch of mondeling gebeuren, afhankelijk van het verwachte succes van de interventies.

Indien de interventies niet succesvol zijn geweest in termen van pijnvermindering en functieverbetering en er twijfel is over de diagnose, dan kunnen minder voorkomende diagnoses worden overwogen zoals de ziekte van Bechterew of een spinale stenose. De gegeven diagnostische criteria berusten weer op de review van Lurie.⁸

Op langere termijn is de kans groot dat specifieke rugklachten terugkomen. In een Amerikaanse studie werd gevonden dat er na een eerste episode in 17,2% van de gevallen een recidief verzuim vanwege rugklachten optrad. Het recidief was verantwoordelijk voor het merendeel van de kosten.⁶¹ Door de EU-richtlijn groep is gekeken welke interventies recidieven verkleinen. Van de drie gevonden studies is er slechts een RCT. In dit onderzoek van Soukup uit 1999 werd Mensendieck oefentherapie geëvalueerd nadat de behandeling voor een episode met rugpijn was afgelopen. Men vond een lager aantal recidieven bij de interventiegroep ten opzichte van een 'care-as-usual' controlegroep, maar het aantal verzuimdagen verschilde niet significant tussen beide groepen.⁶² Op grond hiervan wordt geconcludeerd dat er beperkt bewijs is dat lichamelijke activiteit de kans op recidief verkleint.⁶

CONCLUSIE

3	Er is beperkt bewijs dat het doen van houdings- en bewegingsoefeningen een recidief van rugklachten kan voorkomen.
B	Soukup et al. 1999.

De stapsgewijze opbouw van interventies neemt ongeveer een half jaar in beslag. Daarna zijn er geen echt nieuwe behandel- of interventiemogelijkheden meer. Indien de klachten nog steeds bestaan en er geen werkhervatting heeft plaats gevonden, zijn de kansen op werkhervatting aanzienlijk afgenomen. We konden geen literatuur vinden op basis waarvan een concrete schatting gemaakt kon worden van de kans dat een werknemer die een half jaar ziek is alsnog het werk hervat. Gezien de afvlakking van de werkhervattingscurves na ongeveer 100 dagen, schatten we die kans op veel minder dan 50%. Hoewel de betrouwbaarheid van functionele capaciteit evaluatietesten niet goed duidelijk is, zou het toch een hulpmiddel kunnen zijn om de restcapaciteiten van de werknemer beter in kaart te brengen.^{63 64} Naar mening van de projectgroep heeft het geen zin om de formele termijn van twee jaar voor een WIA-beoordeling af te wachten, waarin de kansen om te herstellen en om ander werk te vinden voor de werknemer alleen maar kleiner zullen worden.

CONCLUSIE

	De projectgroep beveelt aan om bij ontbreken van werkhervatting na een half jaar een andere functie voor de betrokken werknemer te zoeken, aangepast aan de beperkingen.
D	Mening projectgroep.

De projectgroep beveelt aan dat de bedrijfsarts adviseert om voor de werknemer met rugpijn een andere functie te zoeken bij de eigen werkgever of een andere werkgever, die is aangepast aan de beperkingen van de werknemer. Het verdient aanbeveling om hierbij een arbeidsdeskundige in te schakelen. In geval van onduidelijkheid over loondoorbetaling of WIA-rechten wordt aanbevolen om juridisch advies in te winnen.

4

PREVENTIE

De bedrijfsarts heeft in principe vier mogelijkheden om het probleem van rugklachten in een bedrijf aan te pakken: interventies bij werknemers met klachten en bij werknemers zonder klachten hetzij op individueel niveau, hetzij op groepsniveau. In de voorgaande hoofdstukken zijn de interventies besproken die gericht zijn op werknemers met klachten op individueel niveau. Ook interventies voor werknemers met klachten op groepsniveau zoals de rugschool zijn ter sprake gekomen. In het kader van evaluatie is ter sprake gekomen wat een bedrijfsarts kan doen om recidieven bij werknemers te voorkomen.

Het is echter een belangrijke taak voor de bedrijfsarts om preventieve activiteiten te ondernemen gericht op het voorkómen van rugklachten. Deze interventies zijn gericht op in principe gezonde werknemers, en kunnen gericht zijn op het bevorderen van gezond gedrag of op het bevorderen van een gezondere werkomgeving. Deze preventieve aanpak rechtvaardigt een eigen richtlijn, maar vanwege het belang ervan proberen we hier toch het belangrijkste bewijs samen te vatten.

Soms zal een preventieve maatregel voortvloeien uit een contact met een individuele werknemer, bijvoorbeeld omdat er melding van een beroepsziekte is gedaan. De projectgroep kon echter niet tot een gemeenschappelijke aanbeveling komen wanneer zulke maatregelen genomen zouden moeten worden. Veel vaker zal de bedrijfsarts aanbevelingen doen op basis van de risico-inventarisatie, een verzuimanalyse, of een jaarverslag waarin gesignaleerd wordt dat er sprake is van overbelasting ten gevolge van zwaar tillen, of van ongunstige houdingen.

De projectgroep is van mening dat wanneer er sprake is van overschrijding van normen voor tillen of van ongunstige werkhoudingen, de bedrijfsarts maatregelen moet adviseren om die belasting te verminderen. Er zijn echter weinig aanwijzingen in de literatuur voor effectieve interventies die een eerste nieuwe episode van lage rugklachten kunnen voorkomen. Een van de oorzaken hiervan kan zijn dat rugklachten multifactorieel bepaald zijn door biologische, psychische en sociale factoren, waarbij beïnvloeding van een van de risicofactoren slechts beperkte invloed op de incidentie van rugklachten zal hebben.

CONCLUSIE

De projectgroep beveelt aan dat de bedrijfsarts voor werknemers zonder klachten, maar overbelast ten gevolge van blootstelling aan trillingen, tillen, of draaien of buigen van de romp, ergonomische of organisatorische maatregelen voorstelt in het bedrijf om die belasting te verminderen.

D | Mening projectgroep.

De EU-richtlijn groep onderzocht de mogelijkheden voor preventie van rugklachten of verzuim op basis van rugklachten in het bijzonder bij werknemers.⁶ De groep definieerde preventie echter als alle interventies die de gevolgen van rugpijn konden verminderen, inclusief verzuim en arbeidsongeschiktheid. We hebben daarom uit de conclusies datgene gestedilleerd wat betrekking heeft op primaire preventie. De EU-richtlijn groep bekeek de effecten van de volgende interventies op basis van systematische reviews en eventueel aangevuld met recentere primaire studies:

- oefeningen of lichamelijke activiteit (6 reviews en 2 primaire studies)
- het geven van informatie, advies of instructie (6 reviews en 2 primaire studies)
- rug- of tilgordels (7 reviews en 1 primaire studie)
- inlegzolen in schoenen, speciale ondergrond (2 primaire studies)
- fysieke ergonomische veranderingen (2 reviews en 5 primaire studies)
- ergonomische organisatie verbeteringen (2 primaire studies)
- multidimensionale interventies die meerdere interventies bevatten (2 reviews)
- aangepast werk voor werkhervatting (3 reviews)

De EU-richtlijn groep concludeerde dat er voldoende bewijs op A-niveau is dat tilgordels, inlegzolen en klassieke rugschoenen niet werkzaam zijn. Voor fysieke, organisatorische en ergonomische veranderingen werden tegenstrijdige resultaten gevonden op bewijsniveau C (in sommige onderzoeken worden positieve en in andere onderzoeken negatieve resultaten gevonden).

Voor multidimensionale interventies vond de EU-richtlijn groep twee reviews die beide als positief benoemd werden en concludeerde zo tot sterk bewijs voor een effect op bewijsniveau A. In een van deze reviews werd echter geconcludeerd dat er sprake was van beperkt bewijs voor het ontbreken van een effect op ziekteverzuim, kosten of frequentie van episoden.⁶⁵ De andere review vond ook wisselende resultaten.⁶⁶ Dit lijkt ons onvoldoende bewijs om deze interventie aan te bevelen als een belangrijke preventieve maatregel.

Aangepast werk voor werkhervatting wordt door de EU-richtlijn groep op niveau B gekwalificeerd. We hebben aangepast werk al eerder in de richtlijn aanbevolen als een effectieve maatregel en het kan dus in het kader van preventie buiten beschouwing blijven, aangezien dit alleen voor werknemers met klachten geldt.

CONCLUSIE	
2	Er is beperkt bewijs dat het doen van oefeningen door werknemers zonder klachten ter versterking van kracht en uithoudingsvermogen van de rugspieren of om de aërobe capaciteit te vergroten een nieuwe episode van rugklachten kan voorkomen.
A	Tveito et al. 2004. Van Poppel et al. 2004.

Aangezien het al of niet aanbevelen van oefeningen of lichamelijke activiteit in de bedrijfsgezondheidszorg een zwaarwegende factor kan zijn, hebben we het bewijs voor de preventieve werking van oefeningen en lichamelijke activiteit nogmaals geanalyseerd. Het bewijs is in de genoemde zes reviews gebaseerd op merendeels dezelfde 7 primaire studies, waarbij de inclusie varieert per review.⁶⁸⁻⁷⁴ In vrijwel alle studies worden oefeningen gedaan ter verbetering van kracht en uithoudingsvermogen van de rugspieren. Soms wordt alleen de aërobe capaciteit verbeterd. De uitkomstmaten in de studies variëren van incidentie van nieuwe episodes met rugpijn tot gemiddeld aantal dagen verzuim. Alle primaire studies claimen op een van de uitkomstmaten een positief resultaat. Geen van de studies is van hoge kwaliteit. Alle auteurs van de reviews concluderen dat er sprake is van een beperkt bewijs is voor een preventief effect van het doen van rugoefeningen ter preventie van rugpijn.

Daarnaast zijn er geen studies die de waarde van het advies om meer te gaan sporten of om meer te gaan bewegen hebben geëvalueerd voor het al of niet krijgen van een eerste episode van rugklachten. Omdat van meer bewegen in het algemeen positieve effecten worden verwacht, ook voor andere gezondheidsproblemen, beveelt de projectgroep toch aan om bij werknemers met bewegingsarmoede te adviseren om meer te bewegen.

CONCLUSIE	
	De projectgroep beveelt aan dat de bedrijfsarts bij werknemers met bewegingsarmoede adviseert om meer te gaan bewegen in de vorm van sport, of functionele lichaamsbeweging zoals fietsen of traplopen.
D	Mening projectgroep.

Daarnaast keek de EU-richtlijn groep naar interventies die in de algemene bevolking werden toegepast. In aanvulling op de bovengenoemde interventies werd hier ook gekeken naar specifiek zitmeubilair, matrassen en manuele therapie. Hiervan werd geconcludeerd dat er geen overtuigend bewijs is voor de werkzaamheid van deze interventies op respectievelijk niveau C en D. De projectgroep beveelt dergelijke maatregelen daarom niet aan.

LITERATUUR

- (1) Steenstra IA, Verbeek JH, Prinsze FJ, Knol DL. Changes in the incidence of occupational disability as a result of back pain in the Netherlands. *BMC Public Health* 2006; 6(1):190.
- (2) Gabbay J, le MA. Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 2004; 329(7473):1013.
- (3) Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW, Waddell G, Burton AK, Koes BW et al. Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. *Occup Environ Med* 2003; 60(9):618-626.
- (4) van Tulder MW, Becker A, Bekkering T, Breen A, Gil de Real MT, Koes B et al. European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care. COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care [2004 [cited 2006 Feb. 24];[1-55]
Available from: URL:http://www.backpaineurope.org/web/files/WG1_Guidelines.pdf
- (5) Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F et al. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain [2004 [cited 2006 Feb. 24];[1-207]
Available from: URL:http://www.backpaineurope.org/web/files/WG2_Guidelines.pdf
- (6) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HK, Henrotin Y, Lahad A et al. European Guidelines for Prevention in Low Back Pain. COST B13 Working Group on Guidelines for Prevention in Low Back Pain [2004 [cited 2006 Feb. 24];[1-49]
Available from: URL:http://www.backpaineurope.org/web/files/WG3_Guidelines.pdf
- (7) Steenstra IA, Koopman FS, Knol DL, Kat E, Bongers PM, de Vet HC et al. Prognostic factors for duration of sick leave due to low-back pain in dutch health care professionals. *J Occup Rehabil* 2005; 15(4):591-605.
- (8) Lurie JD. What diagnostic tests are useful for low back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005; 19(4):557-575.
- (9) Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine* 2004; 29(20):2309-2318.
- (10) Childs JD, Fritz JM, Flynn TW, Irrgang JJ, Johnson KK, Majkowski GR et al. A clinical prediction rule to identify patients with low back pain most likely to benefit from spinal manipulation: a validation study. *Ann Intern Med* 2004; 141(12):920-928.
- (11) Kendall NA. Psychosocial approaches to the prevention of chronic pain: the low back paradigm. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 1999; 13(3):545-554.
- (12) Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003; 327(7410):323.
- (13) Waddell G, Burton AK, Main CJ. Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work. London: Royal Society of Medicine Press; 2003.
- (14) Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occup Environ Med* 2005; 62(12):851-860.
- (15) Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 2002; 27(5):E109-E120.
- (16) Verbeek JH. How can doctors help their patients to return to work. *PLOS Medicine* 2006; 3(3):e88.
- (17) van der Hofstede P, Verbeek JHAM. De proef van Lasègue, betekenis voor de praktijk van de bedrijfsarts. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 2004; 12(12):360-364.
- (18) Lurie J. A review of generic health status measures in patients with low back pain. *Spine* 2000; 25(24):3125-3129.
- (19) Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000; 85(3):317-332.
- (20) Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil* 2005; 15(4):607-631.

- (21) Anema JR. Low back pain, workplace intervention & return to work [Amsterdam: EMGO, Vrije Universiteit Amsterdam; 2006.
- (22) Steenstra IA. Back pain management in Dutch occupational health care [Amsterdam: EMGO, Vrije Universiteit Amsterdam; 2006.
- (23) Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997; 22(24):2911-2918.
- (24) Frost H, Lamb SE, Doll HA, Carver PT, Stewart-Brown S. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *BMJ* 2004; 329(7468):708.
- (25) FT. Richtlijn rugklachten fysiotherapie. Fysiotherapie. 2006.
- (26) Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD001822.
- (27) Lindstrom I, Ohlund C, Eek C, Wallin L, Peterson LE, Fordyce WE et al. The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Phys Ther* 1992; 72(4):279-290.
- (28) Lindstrom I, Ohlund C, Eek C, Wallin L, Peterson LE, Nachemson A. Mobility, strength, and fitness after a graded activity program for patients with subacute low back pain. A randomized prospective clinical study with a behavioral therapy approach. *Spine* 1992; 17(6):641-652.
- (29) Staal JB, Hlobil H, Twisk JW, Smid T, Koke AJ, van MW. Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 140(2):77-84.
- (30) Hlobil H, Staal JB, Twisk J, Koke A, Ariens G, Smid T et al. The effects of a graded activity intervention for low back pain in occupational health on sick leave, functional status and pain: 12-month results of a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil* 2005; 15(4):569-580.
- (31) Hlobil H, Staal JB, Spoelstra M, Ariens GA, Smid T, van MW. Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain. *Scand J Work Environ Health* 2005; 31(4):249-257.
- (32) Heymans MW. The cost-effectiveness of back schools in occupational care [Amsterdam: EMGO, Vrije Universiteit Amsterdam; 2005.
- (33) Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Twisk JW, Stalman WA, Bouter LM. Should treatment of (sub)acute low back pain be aimed at psychosocial prognostic factors? Cluster randomised clinical trial in general practice. *BMJ* 2005; 331(7508):84.
- (34) NHG. Richtlijn rugklachten huisartsen. Huisarts en Wetenschap 2006.
- (35) CBO. Consensus specifieke rugklachten. CBO 2006.
- (36) Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, Shannon H, Bombardier C, Beaton D et al. Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope-if we can just get all the players onside. *CMAJ* 1998; 158(12):1625-1631.
- (37) van Amstel RJ, Anema JR, Jettinghoff K, Verbeek JH, Nauta AP, van Putten DJ. [Limited change in the quality of the social medical guidance and in the satisfaction of sick-listed patients, after collaborative projects between general practitioners and occupational physicians]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149(43):2407-2412.
- (38) Faber E, Bierma-Zeinstra SM, Burdorf A, Nauta AP, Hulshof CT, Overzier PM et al. In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain. *J Clin Epidemiol* 2005; 58(1):75-82.
- (39) Rossignol M, Abenhaim L, Seguin P, Neveu A, Collet JP, Ducruet T et al. Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial. *Spine* 2000; 25(2):251-258.
- (40) Scheel IB, Hagen KB, Herrin J, Oxman AD. A randomized controlled trial of two strategies to implement active sick leave for patients with low back pain. *Spine* 2002; 27(6):561-566.
- (41) Scheel IB, Hagen KB, Herrin J, Carling C, Oxman AD. Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients: a cluster-randomized controlled trial. *Spine* 2002; 27(23):2734-2740.
- (42) Scheel IB, Hagen KB, Oxman AD. Active sick leave for patients with back pain: all the players onside, but still no action. *Spine* 2002; 27(6):654-659.
- (43) Koes BW. Surgery versus intensive rehabilitation programmes for chronic low back pain. *BMJ* 2005; 330(7502):1220-1221.
- (44) Gibson JN, Waddell G, Grant IC. Surgery for degenerative lumbar spondylosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(3):CD001352.
- (45) Gibson JN, Grant IC, Waddell G. Surgery for lumbar disc prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(3):CD001350.

- (46) Gezondheidsraad. Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom. 1999/18. 1999. Den Haag, Gezondheidsraad.
- (47) Verbeek JH. Patiënttevredenheid na operatie vanwege een lumbosacraal radiculair syndroom: een ogenschijnlijke paradox. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2005; 149(27):1493-1494.
- (48) Weber H. The natural history of disc herniation and the influence of intervention. *Spine* 1994; 19(19):2234-2238.
- (49) Weber H. Lumbar disc herniation. A controlled, prospective study with ten years of observation. *Spine* 1983; 8(2):131-140.
- (50) Vroomen PC, de Krom MC, Wilmink JT, Kester AD, Knottnerus JA. Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. *N Engl J Med* 1999; 340(6):418-423.
- (51) Hofstee DJ, Gijtenbeek JM, Hoogland PH, van Houwelingen HC, Kloet A, Lotters F et al. West-einde sciatica trial: randomized controlled study of bed rest and physiotherapy for acute sciatica. *J Neurosurg* 2002; 96(1 Suppl):45-49.
- (52) Ostelo RW, de Vet HC, Waddell G, Kerckhoffs MR, Leffers P, van Tulder MW. Rehabilitation after lumbar disc surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD003007.
- (53) Carragee EJ, Han MY, Yang B, Kim DH, Kraemer H, Billys J. Activity restrictions after posterior lumbar discectomy. A prospective study of outcomes in 152 cases with no postoperative restrictions. *Spine* 1999; 24(22):2346-2351.
- (54) Taneichi H, Kaneda K, Takeda N, Abumi K, Satoh S. Risk factors and probability of vertebral body collapse in metastases of the thoracic and lumbar spine. *Spine* 1997; 22(3):239-245.
- (55) Chorus AM, Miedema HS, Boonen A, van der LS. Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Ann Rheum Dis* 2003; 62(12):1178-1184.
- (56) Ward MM, Weisman MH, Davis JC, Jr., Reveille JD. Risk factors for functional limitations in patients with long-standing ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 2005; 53(5):710-717.
- (57) Ward MM, Kuzis S. Risk factors for work disability in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2001; 28(2):315-321.
- (58) Boonen A, de Vet H., van der Heijde D., van der Linden S. Work status and its determinants among patients with ankylosing spondylitis. A systematic literature review. *J Rheumatol* 2001; 28(5):1056-1062.
- (59) Boonen A, Chorus A, Miedema H, van der Heijde D., Landewe R, Schouten H et al. Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2001; 60(11):1033-1039.
- (60) van der Weide WE, Verbeek JH, van Dijk FJ. Relation between indicators for quality of occupational rehabilitation of employees with low back pain. *Occup Environ Med* 1999; 56(7):488-493.
- (61) Wasiak R, Kim J, Pransky G. Work disability and costs caused by recurrence of low back pain: longer and more costly than in first episodes. *Spine* 2006; 31(2):219-225.
- (62) Soukup MG, Glomsrod B, Lonn JH, Bo K, Larsen S. The effect of a Mensendieck exercise program as secondary prophylaxis for recurrent low back pain. A randomized, controlled trial with 12-month follow-up. *Spine* 1999; 24(15):1585-1591.
- (63) Gouttebauge V, Wind H, Kuijer PP, Frings-Dresen MH. Reliability and validity of Functional Capacity Evaluation methods: a systematic review with reference to Blankenship system, Ergos work simulator, Ergo-Kit and Isernhagen work system. *Int Arch Occup Environ Health* 2004; 77(8):527-537.
- (64) Wind H, Gouttebauge V, Kuijer PP, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. The utility of Functional Capacity Evaluation: the opinion of physicians and other experts in the field of return to work and disability claims. *Int Arch Occup Environ Health* 2006;1-7.
- (65) Tveito TH, Hysing M, Eriksen HR. Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review. *Occup Med (Lond)* 2004; 54(1):3-13.
- (66) Gatty CM, Turner M, Buitendorp DJ, Batman H. The effectiveness of back pain and injury prevention programs in the workplace. *Work* 2003; 20(3):257-266.
- (67) van Poppel MN, Hooftman WE, Koes BW. An update of a systematic review of controlled clinical trials on the primary prevention of back pain at the workplace. *Occup Med (Lond)* 2004; 54(5):345-352.
- (68) Donchin M, Woolf O, Kaplan L, Floman Y. Secondary prevention of low-back pain. A clinical trial. *Spine* 1990; 15(12):1317-1320.

- (69) Gundewall B, Liljeqvist M, Hansson T. Primary prevention of back symptoms and absence from work. A prospective randomized study among hospital employees. *Spine* 1993; 18(5):587-594.
- (70) Kellett KM, Kellett DA, Nordholm LA. Effects of an exercise program on sick leave due to back pain. *Phys Ther* 1991; 71(4):283-291.
- (71) Linton SJ, Bradley LA, Jensen I, Spangfort E, Sundell L. The secondary prevention of low back pain: a controlled study with follow-up. *Pain* 1989; 36(2):197-207.
- (72) Horneij E, Hemborg B, Jensen I, Ekdahl C. No significant differences between intervention programmes on neck, shoulder and low back pain: a prospective randomized study among home-care personnel. *J Rehabil Med* 2001; 33(4):170-176.
- (73) Hilyer JC, Brown KC, Sirls AT, Peoples L. A flexibility intervention to reduce the incidence and severity of joint injuries among municipal firefighters. *J Occup Med* 1990; 32(7):631-637.
- (74) Oldervoll LM, Ro M, Zwart JA, Svebak S. Comparison of two physical exercise programs for the early intervention of pain in the neck, shoulders and lower back in female hospital staff. *J Rehabil Med* 2001; 33(4):156-161.

BIJLAGE 1

DIAGNOSTISCHE KWALITEITEN VAN ANAMNESE EN LICHAAMELIJK ONDERZOEK

Aandoening	onderzoek/ anamnese	betrouw- baarheid	sensi- tiviteit	speci- ficiteit	LR+	LR-
Kwaadaardige aandoening	Kanker doorgemaakt	?	31	98	15,5	0,7
	Bedrust help niet	?	>90	46	1,7	0,21
	Een van: lft>50, kanker doorgemaakt, onver- klaard gewichtsverlies, conservatieve behande- ling help niet	?	100	60	2,5	0,0
	Pijn midden wervelkolom	0,4	15-60	60-78		
	sensorisch of motorische uitval	0,65-1,0	40	80-90	3	0,7
Infectieuze Spondylitis	IV druggebruik, urinewegsinfectie, catheter, huidinfectie		40			
	Koorts	?	50	98	25	0,51
	Percussie pijnlijk	?	86	60	2,1	0,23
Compressie fractuur	Lft> 50		84	61	2,2	0,26
	Lft> 70		22	96	5,5	0,81
	Trauma	?	30	85	2,0	0,82
	Corticosteroïden	?	6	99,5	12	0,94
M Brechterrew	Begin <40	?	100	7	1,07	0,0
	verminderde lat mobiliteit	?	52	82	2,9	0,59
	verminderde expansie borstkas	?	0,09	0,99	9,0	0,92

Tabel 1. Diagnostische kwaliteiten van onderdelen van anamnese en lichamelijk onderzoek voor specifieke aandoeningen. Betrouwbaarheid van het vaststellen van de test in kappa (0-1). Sensitiviteit en specificiteit in percentage (0-100). Likelihoodratio voor positieve LR+ en negatieve testuitslag LR- ($-\infty$, $+\infty$). ? = betrouwbaarheid onbekend. Vrij naar Lurie: What diagnostic tests are useful for low back pain? Best Pract Res Clin Rheumatol 2005; 19(4):557-575.

Aandoening	onderzoek/ anamnese	betrouw- baarheid	sensi- tiviteit	speci- ficiteit	LR+	LR-
Cauda equina syndroom	Urine retentie	?	90	95	18	0,1
	Rijbroekanesthesie	?	75	?		
	verminderde sfincter spanning	?	60-80			
HNP	Typerend pijn patroon	0,24	80-99	6-15	1	-
	Erger met hoesten	0,64	74	?		
	Lasègue	0,68	91	26	1,2	0,3
	Gekruiste Lasègue	0,7	29	88	2,4	0,8
	Bell test	0,51-0,67	35-53	63	1	1
	Hyperextensie	0,35-0,50	40-47	71	1,5	0,8
Spinale Stenose	Lft > 65 jaar		77	69	2,5	0,3
	Geen pijn bij zitten		46	93	6,6	0,6
	Pijn erger bij lopen		71	30	1,0	0,97
	Geen pijn bij flexie		79	44	1,4	0,5
	Wijde loop		43	97	14,0	0,6
	Abnormale Romberg		39	91	4,4	0,7

Tabel 2. Diagnostische kwaliteiten van onderdelen van anamnese en lichamelijk onderzoek voor lumbosacraal radiculair syndroom. Betrouwbaarheid van het vaststellen van de test in kappa (0-1). Sensitiviteit en specificiteit in percentage (0-100). Likelihoodratio voor positieve LR+ en negatieve testuitslag LR- ($-\infty$, $+\infty$).? = betrouwbaarheid onbekend. Vrij naar Lurie: What diagnostic tests are useful for low back pain? Best Pract Res Clin Rheumatol 2005; 19(4):557-575

BIJLAGE 2

PERFORMANCE INDICATOREN

De bedrijfsarts is in staat om:

- bij de anamnese een goede indruk te krijgen van alle relevante klachten en werkomstandigheden.
- bij de anamnese een goede indruk te krijgen van de prognostische factoren.
- de juiste gegevens te verzamelen bij het lichamelijk onderzoek.
- op basis van de anamnese te komen tot een correcte indeling in een van de vier diagnostische categorieën.
- op basis van de diagnostische indeling een correcte interventie in te zetten.
- op basis van de diagnostische indeling en evaluatie in een volgend spreekuur contact de interventies stapsgewijs op te bouwen.
- op basis van samenwerking met fysiotherapeuten en andere deskundigen de interventies stapsgewijs in intensiteit uit te breiden.
- bij specifieke rugklachten en een lumbosacraal syndroom met lichte beperkingen een begrijpelijk en gefundeerd advies te geven om toch te blijven bewegen in tegenstelling tot de intuïtieve neiging om beweging vanwege pijn te vermijden.
- een correct, begrijpelijk en gefundeerd advies te geven over de meest effectieve behandeling bij rugklachten.
- bij werkhervatting een participatieve aanpak te hanteren
- op correcte indicatie een werkhervattingsadvies te geven.
- na inzet van alle interventies na een half jaar verzuim een begrijpelijk en gefundeerd advies tot werkverandering te geven.
- bij onduidelijkheid over de diagnose te verwijzen naar een specialist.
- bij specifieke rugklachten in overleg met de behandelend specialist te komen tot aangepaste werkbelasting.
- op correcte wijze vast te stellen of er sprake is van overbelasting van de rug.
- op grond van aanwijzingen voor overbelasting van de rug advies te geven over een preventieve aanpak.
- na een episode van rugklachten een correct advies te geven over vóórkomen en preventie van een recidief.

BIJLAGE 3

INSTRUCTIES VOOR EFFECTIEVE OEFENINGEN

Oefeningen om zelf te doen die helpen bij het voorkomen en het verminderen van langdurige rugklachten

Op grond van de systematic review van Hayden et al (Exercise therapy for chronic low back pain, Archives of Internal Medicine, 2005;142:776-785) wordt geconcludeerd dat meer dan 20 uur oefenen volgens een op het individu afgestemd oefenschema en onder supervisie uitgevoerd het meest effectief is. Het type oefeningen dat het meest effectief is zijn spierstrek- en spierversterkende oefeningen.

Instructies voor het doen van dergelijke oefeningen vindt u op www.gezondbewegen.nl