Hoe het implementeren van het concept self-management en het advies tot actief blijven bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn in de huisartsenpraktijk?

Haio: VAN LEMBERGEN Sander , U.G.
Promotor: Heytens Stefan , U.G.
Praktijkopleider: DE KIMPE Annelies , LULLY Jorn , MARCELIS Johan , SCHELFAUT Cleo , SYS Jan

Context: Lagerugpijn, waarvan ongeveer 95% als aspecifiek wordt beschouwd, is een zeer frequent voorkomende aanmeldingsklacht in de huisartsenpraktijk. De klinische richtlijnen raden aan om 'actief te blijven' tijdens een episode van aspecifieke lagerugpijn (aLRP), doch verduidelijken deze niet wat dit exact dient in te houden. Patiënten zijn niet altijd geneigd om deze actieve houding aan te nemen, waarbij angst voor pijn door beweging de voornaamste drempel is (kinesiofobie).

Onderzoeksvraag: Er wordt getracht een antwoord te vinden op hoe een patiënt met aLRP gemotiveerd kan worden om actief te blijven en zelfstandig te laten omspringen met zijn klachten.

Methode: Allereerst werd een literatuurstudie uitgevoerd, vervolgens werd een praktijkproject opgezet, lopende in twee huisartsenpraktijken. Er wordt gekeken welke houding patiënten met aLRP uit de voorbije 3 maanden aannemen, dit door het afnemen van telefonische interviews (n=20) welke bestaan uit een semi-gestructureerde vragenlijst en vier stellingen. De artsen uit beide praktijken (n=6) werden eveneens bevraagd. Vervolgens werd er een tweedelige interventie ontwikkeld: het opstellen van een patiëntenbrochure (waarin activiteit en lichaamsbeweging wordt aangeraden als behandeling) en de artsenteaching (hierbij wordt er gevraagd te letten op drie kernpunten namelijk het meedelen van alarmsymptomen, het mijden van anatomopathologische verklaringen en restrictieve communicatie en ten derde de focus te leggen op ‘actief blijven’). De folder wordt meegegeven aan patiënten die consulteren met aLRP. Na 3 maanden worden de interviews opnieuw afgenomen (n=20). Data-analyse gebeurt door per vraag een samenvatting te maken met bijhorende quotes en vervolgens de resultaten tussen voor- en nameting bij de patiënten te vergelijken.

Resultaten: De meerderheid van de ondervraagde patiënten kan geen correct antwoord geven op de vraag omtrent alarmsymptomen. Bij de voormeting kregen veel patiënten een anatomopathologische verklaring over hun klachten, in de nameting was dit niet meer het geval. Restrictief taalgebruik bleef wel aanwezig. Betreft het laatste kernpunt werd een shift waargenomen van een eerder medicamenteus gericht beleid naar een beleid dat meer gefocust is op bewegingsadviezen. Over het verderzetten van activiteiten (werk, ADL, hobby’s) werden geen grote verschillen waargenomen. Er wordt in de nameting echter wel spontaan vermeld dat de pijnklachten verbeteren door te bewegen. Een paar patiënten geven eveneens aan dat hun perceptie over de aanpak van lagerugpijn veranderd is ten opzichte van vroeger: ze zien beweging meer als een behandeling. Bij de patiënten die de brochure een meerwaarde vonden, werden er verschillende redenen gezien: het bevordert het ziekte-inzicht, het verandert de perceptie rond kinesiofobie en het geeft hen extra inspiratie om actief te blijven.

Conclusie: Bij aLRP dient de focus in eerste instantie te liggen op de niet-medicamenteuze bewegingsadviezen. De rol van de arts bestaat erin om de patiënt te motiveren tot beweging. Hiervoor moet getracht worden om elke factor die bijdraagt tot kinesiofobie te reduceren. De arts kan hiervoor het beste afstappen van het anatomopathologische verklaringsmodel, het mijden van restrictieve communicatie en gebruik maken van stimulerende bewegingsadviezen. Er kan uit dit

praktijkverbeterend project geconcludeerd worden dat er bij sommige patiënten een verandering in perceptie komt. Beweging wordt meer beschouwd als een behandeling, ze hebben minder angst voor hun pijn, ze durven hun bewegingsmogelijkheden meer te exploreren en nemen aldus een meer actieve houding aan tijdens hun periode van aLRP.