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

Nando De Blende, Universiteit Gent

Sander Van Lembergen, Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. Stefan Heytens

Co-promotor: Prof. dr. Annelies Maenhout

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

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.

Methodologie:

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.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 1
1. Inleiding 3
2. Literatuurstudie 4
2.1 Methodologie 4
2.1.1 Opzet literatuurstudie 4
2.1.2. Zoekopdracht 4
2.2. Resultaten literatuurstudie 5
2.2.1. Definitie lagerugpijn 5
2.2.2. Richtlijnen lagerugpijn 5
2.2.3. Patiënten perspectief tijdens een episode van lagerugpijn 8
2.2.4. Patiëntencommunicatie 10
2.2.5 Wetenschappelijke evidentie over bewegingsadviezen 12
2.2.6. Alarmsymptomen 18
2.2.7. Vergelijking tussen Nederlandstalige brochures of andere patiëntgerichte informatieve bronnen over lagerugpijn 20
2.3 Conclusie Literatuur 22
3. Uitwerking praktijkverbeterend project 23
3.1. Methodologie 23
3.1.1. Voormeting 23
3.1.2. Interventie 30
3.1.3. Nameting 31
3.1.4. Data-analyse 33
3.2. Resultaten voormeting 33
3.2.1. Artsen 33
3.2.2. Patiënten 37
3.3. Ontwikkelen teaching 44
3.4. Resultaten nameting patiënten 46
3.4.1. Interview 46
3.4.2. Stellingen 52
4. Discussie 54
4.1. Sterktes en zwaktes 58
4.2. Onderzoek 59
5. Referenties 60

6. Bijlages 62
Bijlage 1: Presentatie voor de teaching 62
Bijlage 2: Goedgekeurd protocol 65
Bijlage 3: Gunstig advies Ethisch Comité 71
Bijlage 4: Resultaten stellingen artsen verwerkt in histogrammen 72
Bijlage 5: Patiëntenbrochure gebruikt in Praktijk A 76
Bijlage 6: Patiëntenbrochure gebruikt in Praktijk B 77
Bijlage 7: Persoonlijke reflectie masterproef Sander Van Lembergen 78
Bijlage 8: Persoonlijke reflectie masterproef Nando De Blende 80

1. Inleiding

Lagerugpijn is een zeer frequent voorkomende aanmeldingsklacht in de huisartsenpraktijk, met een lifetime prevalentie van ongeveer 80%. (1) Hiervan wordt ongeveer 95% beschouwd als aspecifieke lagerugpijn, wat wil zeggen dat er geen specifieke onderliggende oorzaak is. Het merendeel der patiënten met lagerugpijn zal spontaan genezen, dus wordt er in de aanvangsfase een eerder afwachtend beleid gehanteerd. De huidige richtlijnen zijn bijgevolg eerder restrictief m.b.t. verdere diagnostische middelen en intensieve therapieën (vb. kinesitherapie, rugschool...). Deze middelen worden vaak pas ingeschakeld wanneer de klachten persisteren. Dit met het idee dat lumbalgie een vaak spontaan verbeterend verloop kent en er zowel overmedicalisatie als onnodige consumptie van de gezondheidszorg op deze manier kan vermeden worden. (1, 2)

Deze afwachtende houding houdt niet in dat er in de initiële fase geen behandeling gestart kan worden. Een belangrijke pijler in de aanpak van aspecifieke lagerugpijn is niet-medicamenteus en houdt in dat de patiënt gestimuleerd wordt om actief te zijn. (1, 2) In de praktijk is dit niet altijd eenvoudig te concretiseren. Bij de opvolging van patiënten met aspecifieke lagerugpijn wordt er vaak opgemerkt dat ze deze actieve houding niet aannemen of niet goed weten wat van hen verwacht wordt.

De medicamenteuze behandeling van lagerugpijn wordt tot een minimum beperkt en wordt eerder gehanteerd om de activiteitsgraad van de patiënt te verhogen. Zo vermeldt de NHG-richtlijn dat de mogelijkheid van analgetica te bespreken is, ter ondersteuning van het activerende beleid. De werkzaamheid van analgetica ten aanzien van pijn en functionaliteit bij aspecifieke lagerugpijn is waarschijnlijk beperkt. (1) Ook de aanbeveling van de KCE-richtlijn sluit zich hierbij aan. Een kortdurende NSAID-kuur kan overwogen worden, maar dient opnieuw om de activiteitsgraad te verhogen. (2) Deze masterproef richt zich hoofdzakelijk op de niet-medicamenteuze aanpak van lagerugpijn.

Geen enkele *EBM*-richtlijn verduidelijkt wat actieve therapie dient te bevatten. Het blijft bij vage begrippen zoals activeren, stimuleren, behoud van activiteiten, inactiviteit vermijden en *self-management*. Bij een eerste nazicht bestaan er wel degelijk een beperkt aantal Nederlandstalige brochures die adviezen geven over wat actief zijn inhoudt bij aspecifieke lagerugpijn. Deze brochures zijn echter niet uniform, zo focust de ene zich op chronische lagerugpijn, de andere op alarmsymptomen en nog een andere enkel op praktische tips.

Nu rest de vraag hoe het begrip *self-management* en het advies tot actief blijven momenteel door de artsen in de huisartspraktijken worden ingevuld. Gezien deze vage richtlijnen geeft iedereen (zowel arts als patiënt) zijn eigen interpretatie hieraan. Kunnen deze patiënten met aspecifieke lagerugpijn beter geïnformeerd worden? Kunnen er meer praktische bewegingsadviezen gevormd worden? Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag: *hoe het implementeren van het concept self-management en het advies*

tot actief blijven bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn in de huisartsenpraktijk? Dit wordt toegepast op de eigen patiëntenpopulatie a.d.h.v. een praktijkverbeterend project.

2. Literatuurstudie

2.1 Methodologie

2.1.1 Opzet literatuurstudie

Het praktijkverbeterend project vertrekt vanuit een probleem dat frequent tot uiting komt in onze huisartsenpraktijken, namelijk het niet navolgen van het medische advies om actief te blijven tijdens een episode met lagerugpijn. Allereerst dient er een duidelijke afbakening te gebeuren van wat het begrip aspecifieke lagerugpijn inhoudt. Wat wordt er heden volgens de verschillende klinische richtlijnen aanbevolen en hoe kan dit het best overgebracht worden aan de patiënt?
Vervolgens kan de vraag gesteld worden hoe het komt dat patiënten zich niet houden aan het advies om een actieve houding aan te nemen. Wat is de visie van de patiënt? Wat zijn de drempels voor de patiënten om tijdens hun ziekteproces te bewegen? Er dient geweten te worden hoe de patiënt het best gemotiveerd kan worden om deze actieve houding aan te nemen, m.a.w. hoe kan het *self-management* bevorderd worden.
De interventie (waaronder het meegeven van de patiëntenbrochure) dient in een veilige setting te gebeuren, daarom is het uitermate belangrijk om duidelijk de alarmsymptomen te benoemen alsook wanneer contact met de huisarts dient opgenomen te worden.

2.1.2. Zoekopdracht

De klinische richtlijnen die bij de Belgische huisartsen als leidraad dienen om patiënten met lagerugpijn te behandelen, werden bekeken. Dit gebeurde via de zoekmachine van *ebmpracticenet*. Hieruit werden volgende richtlijnen bekomen: de NHG-richtlijn, de KCE-richtlijn (gebaseerd op de NICE-richtlijn) en de duodecim-richtlijn.

Er werd ook een zoekopdracht uitgevoerd in de databank van masterproeven aan het ‘ICHO’. Zo kwam de thesis van K. De Rue aan het licht. Zij onderzocht of verwijzing voor oefentherapie haalbaar en nuttig is in de huisartsenpraktijk. Haar masterproef was een praktijkverbeterend project waar voorafgaand een uitgebreide literatuurstudie verricht werd. De klinische richtlijnen uit haar masterproef werden gecontroleerd en bekeken of deze heden nog up-to-date waren en werden opgenomen in de literatuurstudie. (1-6)

Verdere literatuur werd bekomen door verschillende zoekopdrachten in de database *Pubmed* en *Google Scholar* in te geven.

De volgende MESH-termen en begrippen werden gebruikt: *'low back pain', 'exercise', 'physical activity', 'exercise therapy', 'activation', 'treatment', 'prevention', 'motivation', 'pain beliefs', 'fear of movement', 'fear-avoidance beliefs' 'self-management', 'patient empowerment', 'communication', 'sports', 'cycling', 'walking', 'running', 'swimming', 'tai chi', 'pilates', 'yoga'.*

Van de bekomen artikels werden de *abstracts* gelezen en indien relevant werd het artikel en de bronnen ervan verder bekeken. Via de sneeuwbalmethode werden andere relevante artikels opgenomen in de literatuurstudie.

Als laatste werd er gezocht welke Nederlandstalige patiëntenbrochures er op dit moment reeds beschikbaar zijn. Dit door de zoekopdracht 'acute lagerugpijn patiëntenbrochure' op de zoekmachine *Google* in te geven (op 10 mei 2022). Hierop werden een vijftal relevante websites en patiëntenbrochures bekeken. (2, 5, 7-9) Daarbij werd de bronvermelding aandachtig bestudeerd waardoor er via de sneeuwbalmethode nog twee andere bronnen werden weerhouden. (10, 11)

2.2. Resultaten literatuurstudie

2.2.1. Definitie lagerugpijn

Aspecifieke lagerugpijn wordt beschreven door de NHG-richtlijn als pijn die zich situeert in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien. Er wordt geen specifieke lichamelijke oorzaak aangewezen die deze pijn kan verklaren en gaat gepaard met stijfheid, spierspanning en al dan niet met uitstraling naar de benen toe. Van alle patiënten met lagerugpijn is circa 95% aspecifiek. (1) In de literatuur steunen de meeste auteurs op deze definitie. Zo benadrukken Hall. H. en SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) dat aspecifieke lagerugpijn niet veroorzaakt wordt door onderliggende herkenbare pathologie, zoals vb. infectie, tumor, osteoporose, reumatoïde artritis, fracturen of een systemisch inflammatoir proces. (3, 12) In tegenstelling tot de NHG-richtlijn, specifieert de KCE-richtlijn dit begrip niet. Alsook wordt de term aspecifiek niet gebruikt, aangezien deze volgens hen in de literatuur inconsistente betekenissen hebben. (2, 5)

2.2.2. Richtlijnen lagerugpijn

KCE-Richtlijn

De klinische richtlijn rond lagerugpijn van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg kende een update in 2017. De aanbevelingen hierin zijn voornamelijk gebaseerd op de NICE-richtlijn uit 2016. (2)

Volgens de KCE-richtlijn is het van belang om risicopatiënten (patiënten die een verhoogd risico hebben op chroniciteit en een blijvend verlies in functionaliteit) te identificeren om hen zo een meer gerichte

behandeling te kunnen aanbieden. Deze identificatie kan best gebeuren door middel van risicostratificatie, waarbij er gezocht wordt of er bepaalde psychologische, psychiatrische of contextuele elementen aanwezig zijn die de kans op chroniciteit kunnen verhogen. Deze risicostratificatie kan best plaatsvinden tijdens de tweede consultatie, meestal ongeveer twee weken na het ontstaan van de klachten. (2)

Op basis van deze risicostratificatie kan er gekozen worden tussen twee behandeltrajecten. Bij een laag risico kan een eenvoudige, minder intensieve begeleiding volstaan. Dit omvat het geruststellen van de patiënt, hem adviseren om actief te blijven en het begeleiden bij *self-management*. Indien er daarentegen sprake is van een hoog risico dringt er zich een meer complexe en intensieve begeleiding op. Dat omvat onder meer begeleide oefenprogramma's en een psychologische interventie zoals cognitieve gedragstherapie. Deze oefenprogramma's (onder toezicht van vb. een kinesitherapeut) zouden het enige verplichte onderdeel van een multimodale aanpak moeten zijn. Er is geen eenduidig bewijs dat een specifiek type van oefening, een bepaald programma, duur of intensiteit beter is. De doeltreffendheid lijkt zowel bij acute als bij chronische lagerugpijn vergelijkbaar te zijn. Essentieel is wel dat het oefenprogramma wordt afgestemd op wat voor de patiënt haalbaar is. Het behoort logischerwijs niet tot de standaardzorg die aan elke patiënt met lagerugpijn moet worden aangeboden, enkel en alleen wanneer er een groot risico op chroniciteit wordt ingeschat. (2)

Voor alle andere patiënten, het overgrote deel uit de huisartsenpraktijk, dient men in te zetten op *self-management*. Het concept van *self-management* gaat ervan uit dat de patiënt zelf de capaciteit heeft om positieve strategieën te ontwikkelen om zich aan zijn situatie aan te passen. Er wordt getracht dat de patiënt zelf de vicieuze cirkel van fysieke deconditionering, een negatieve gemoedsgesteldheid, de stopzetting van zijn normale activiteiten en het krijgen van angstgevoelens kan doorbreken. Om *self-management* aan te moedigen kan de zorgverlener o.a. de patiënt geruststellen en informeren over de lagerugpijn. Daarnaast kan hij de patiënt aanraden om fysiek actief te blijven, zijn normale activiteiten in de mate van het mogelijke verder te zetten en zelfs om (niet-begeleide) oefeningen te doen. Het is ook een goede gelegenheid om rekening te houden met de bezorgdheden van de patiënt over zijn rugpijn en om het advies af te stemmen op diens individuele capaciteiten en veronderstellingen. (2)

Opvallend is dus dat de KCE-richtlijn, in de behandeling van lagerugpijn, nergens een concrete tijdsduur specificeert. Dit lijkt gebaseerd op de NICE-richtlijn waarbij het risico op chroniciteit belangrijker is dan de klassieke indeling in klachtenduur. Een van de redenen hiervoor is dat een episode van lagerugpijn vaak een kortdurende opstoot is bij patiënten met recurrente lage rugpijn. (2)

Concreet kan de KCE-richtlijn als volgt samengevat worden: geef in elke fase van het zorgpad aan elke patiënt informatie en gepersonaliseerd advies, aangepast aan hun behoeften en capaciteiten, zodat ze hun lagerugpijn zelf kunnen aanpakken. Dit omvat dus enerzijds het geven van informatie over het

gunstig verloop van lagerugpijn, anderzijds het aanmoedigen om de normale activiteiten voort te zetten en zelfs om (niet-begeleide) oefeningen te doen. (2)

NHG-richtlijn

In de vorige versie van de 'NHG-standaard: Aspecifieke Lagerugpijn' werd voor het beleid een indeling in acuut, subacuut en chronisch gehanteerd. Bij de herziening van deze richtlijn in 2017, is dit verlaten, aangezien deze indeling op basis van de klachtenduur in de praktijk moeilijk werkzaam blijkt. (1)

De NHG-richtlijn pleit ervoor om een geïndividualiseerde behandeling voor te stellen wat gebaseerd is op de klachtenduur, de reactie op de (eerdere) behandeling(en), de motivatie van de patiënt en de aanwezigheid van psychosociale risicofactoren op een chronisch beloop. (1)

Voor de niet-medicamenteuze aanpak baseert de NHG-richtlijn zich op een stappenplan. Stap 1 gaat over voorlichting en advies. Stap 2 draait rond het opbouwen van activiteiten volgens een tijdcontingente aanpak. Best kan dit pas gestart worden wanneer de klachten na drie weken nog niet verdwenen zijn. Een tijdcontingente aanpak houdt in dat men voor verschillende domeinen, zoals bewegen, werk, controle, verwijzing... een deadline vooropstelt. Indien er na drie weken van tijdcontingente aanpak (dus na in totaal zes weken) nog steeds onvoldoende uitbreiding is van de normale activiteiten kan er overgegaan worden naar stap 3; oefentherapie. Dat kan best gebeuren onder begeleiding van een kinesitherapeut voor het tijdig kunnen signaleren en behandelen van bewegingsangst. De NHG-richtlijn kent geen superioriteit toe aan één welbepaald type van oefentherapie. (1)

SSMG-richtlijn

De Waalse richtlijn van de SSMG behandelt zowel acute, subacute als chronische lagerugpijn. Voor acute lagerugpijn (<6 weken) wordt het verderzetten van de dagelijkse activiteiten aangeraden. Oefentherapie biedt volgens deze richtlijn in de acute fase geen meerwaarde. (3)

Desondanks het gegeven dat deze richtlijn niet meer geüpdatet is sinds 2001, geeft deze wel gedeeltelijk een invulling van het begrip actief zijn door middel van praktische adviezen. Zo beamen ze dat bedrust en inactiviteit zoveel mogelijk beperkt dienen te worden, gezien dit na vier dagen een duidelijk negatief effect heeft. Het advies om zo actief mogelijk te blijven, de normale dagelijkse activiteiten voort te zetten en het mijden van bewegingen en houdingen die pijn veroorzaken worden geadviseerd door alle experts. De patiënt blijft beter aan het werk mits aangepast werk en dient na korte afwezigheid zo snel mogelijk het werk te hervatten. Daarnaast is het van belang om de professionele activiteiten van de patiënt te bespreken, vooral wanneer deze het dragen van zware lasten bevatten, of het uitvoeren van buigende of lumbale rotatiebewegingen. In dit geval kan het nodig zijn om samen met de werknemer of zijn werkgever te zoeken naar een alternatieve jobinvulling of om ergonomische veranderingen uit te

voeren van hun werkplek. Voor arbeidshervatting is het niet nodig te wachten tot de pijn helemaal verdwenen is. Pijn betekent immers niet per se dat er ziekte of schade aanwezig is. (3)

Als conclusie vermelden ze dat hun praktische adviezen rond bedrust, hervatting van de dagelijkse activiteiten alsook werkhervatting, zal leiden tot een snellere genezing. Ook zou dit leiden tot minder recidieven, minder arbeidsongeschiktheid en minder evolutie naar chroniciteit. (3)

Duodecim-richtlijn

Ook hier wordt de klassieke indeling van acuut, subacuut en chronisch weerhouden. Deze richtlijn sluit zich aan bij het algemene advies om bedrust te vermijden en de reguliere activiteiten voort te zetten. Dit wordt wel genuanceerd door het statement dat, bij intense pijn, bedrust voor een korte periode nodig kan zijn. Doch mag bedrust niet beschouwd worden als een behandeling van rugklachten. (13)

Arbeidsongeschiktheid wordt het liefst zo kort mogelijk gehouden en de terugkeer naar de werkvloer moet zo spoedig mogelijk worden aanbevolen, gezien dit de grootste kans geeft op herstel. (13)

Er wordt aangeraden om de focus van de pijnbeleving weg te nemen en deze te verleggen naar de uitbreiding van de activiteitsgraad. Doch blijven de adviezen rond deze uitbreiding eerder vaag. Zo wordt er gemeld dat het stimuleren tot lichte activiteiten (vb. wandelen) de fitheid onderhoudt. Oefentherapie wordt niet aangeraden in de vroege stadia van acute lagerugpijn. Het opstarten in de subacute fase, kan de evolutie naar chroniciteit wel doen afremmen. In het chronische stadium raden ze oefentherapie zeker aan, gezien dit het aantal ziektedagen alsook de klachten van lagerugpijn kan verbeteren. (13)

2.2.3. Patiënten perspectief tijdens een episode van lagerugpijn

Uit literatuuronderzoek blijkt dat patiënten tijdens een episode met lagerugpijn uit zichzelf minder geneigd zijn om actief te zijn. Hoewel de richtlijnen aanbevelen om een actieve houding aan te nemen wordt dit niet steeds uitgevoerd door de patiënt. (14-16)

Zo deden Darlow B et al. een interview bij patiënten met acute en chronische lagerugpijn waaruit bleek dat patiënten hun eigen rug aanschouwen als een kwetsbare structuur. Dit door de bouw en anatomie van de rug, door de manier waarop de rug gebruikt wordt en door vorige kwetsuren. Meer zelfs menen de auteurs dat door de negatieve associatie tussen pijn, fysieke schade en de kans om deze schade te doen toenemen, patiënten beperkt worden in het begrijpen van de informatie en adviezen. Hierdoor begrijpt de patiënt niet exact wat de arts bedoeld met het advies om actief te zijn. Patiënten denken dat ze hun rug moeten beschermen door te rusten, dat men voorzichtig dient te zijn en zware activiteiten vermeden moeten worden. (16)

Aangezien artsen hun patiënten willen motiveren tot een actieve aanpak, dient men de struikelblokken voor beweging voor patiënten te kennen en te herkennen. Keen S. et al. gingen in hun studie op zoek naar factoren waarom patiënten met lagerugpijn fysieke activiteit mijden en komen tot een gelijkaardige conclusie als Darlow B. et al. Ze concluderen dat vooral een toename van de pijn of een toename van de angst voor het terugkeren van de pijn zorgt voor een vermindering van lichaamsbeweging. Opvallend is dat het merendeel van de patiënten wel degelijk beseft dat fysieke activiteit zal zorgen voor een verlichting van de pijn. Essentieel voor de artsen is dus om de specifieke redenen achter deze angst voor de pijn verder te exploreren. Andere factoren zijn tijdsgebrek, slechte weersomstandigheden en sociale verplichtingen. (15, 16)

Een meer recente kwalitatieve studie uit 2017 door Boutevillain L. et al. onderzocht zowel de factoren die patiënten met chronische lagerugpijn aansporen tot fysieke activiteit, als de drempels voor fysieke activiteit. Deze konden volgens hen ingedeeld worden in drie categorieën, met name de fysieke, de psychologische en de socio-economische. Onder de fysieke is pijn de voornaamste inhiberende factor, voor zowel beweging als voor dagelijkse activiteiten. Eveneens kunnen onderliggende comorbiditeiten een beperkende factor zijn. Tot de psychologische factoren behoren motivatiegebrek en kinesiofobie. De angst om de pijn te doen toenemen door lichaamsbeweging komt ook in deze studie sterk naar voor. Ook foutieve patiënten-overtuigingen (negatieve assumpties, zoals het idee dat beweging meer structurele schade zal veroorzaken), alsook de overtuiging dat een eenvoudige lichaamsactiviteit - zoals wandelen - volstrekt nutteloos is, zijn factoren. Opmerkelijk is dat patiënten vaak verkeerd interpreteren wat hen door artsen verteld wordt. Tenslotte is tijdsgebrek de voornaamste socio-economische factor. (14)

Damsgard E. et al. beschreef bij patiënten met chronische pijn van musculoskeletale oorzaak de activiteitsgerelateerde pijnbeleving. Het onderzoeksopzet, ‘actief blijven ondanks pijn’ werd opgesplitst in drie subthema’s, met name ‘het interpreteren van lichaamssignalen’, ‘van onwetendheid naar zelfkennis’ en ‘deelname aan sociale activiteiten’. Over het eerste subthema ‘het interpreteren van lichaamssignalen’ werd er geconcludeerd dat pijn door patiënten vaak beschouwd wordt als een teken van weefselschade. Hieruit volgt de foutieve perceptie dat bij toename van de pijn tijdens activiteit, de rug extra beschadigd wordt. Vervolgens, betreffende het tweede subthema ‘van onwetendheid naar zelfkennis’ deed men de vaststelling dat kinesiofobie vermindert kan worden door het gaan experimenteren met bewegen. Hierdoor kreeg men meer ziekte-inzicht en minder angst om te bewegen en pijnuitlokkende lichaamsactiviteiten uit te voeren. Waar pijn (door activiteit) initieel eerder opgevat werd als een alarmsignaal evolueerde het naar een indicator voor het beter doseren en modereren van activiteiten. Bij het derde subthema ‘deelname aan sociale activiteiten’ werd er geconcludeerd dat het uitbouwen van activiteiten de sleutel was voor deelname aan het sociale leven, iets wat chronische pijnpatiënten sterk nastreven. (17)

Samenvattend kan er gesteld worden dat het perspectief van patiënten met lagerugpijn niet altijd overeenstemt met dat van artsen. Een grote inhiberende factor van beweging tijdens een episode met lagerugpijn is kinesiofobie (de angst voor beweging) omdat hierdoor de pijn zou kunnen toenemen. (15, 16) De onderliggende reden van angst voor pijn is de foutieve redenering dat pijn beschouwd wordt als een teken van weefselschade en dat bijgevolg pijn voor patiënten vaak een functie heeft als alarmsignaal. (14, 17) Opvallend is echter dat patiënten wel beseffen dat beweging het herstelproces bevordert. (16) Deze foutieve perceptie kan doorbroken worden door de patiënt te laten experimenteren met beweging, wat zal leiden tot meer ziekte-inzicht en waardoor pijn evolueert van alarmsignaal tot een indicator om hun activiteiten te leren doseren. (16, 17)

2.2.4. Patiëntencommunicatie

Om de hierboven vermelde foutieve opvattingen van patiënten weg te nemen is de communicatiestijl zeer belangrijk.

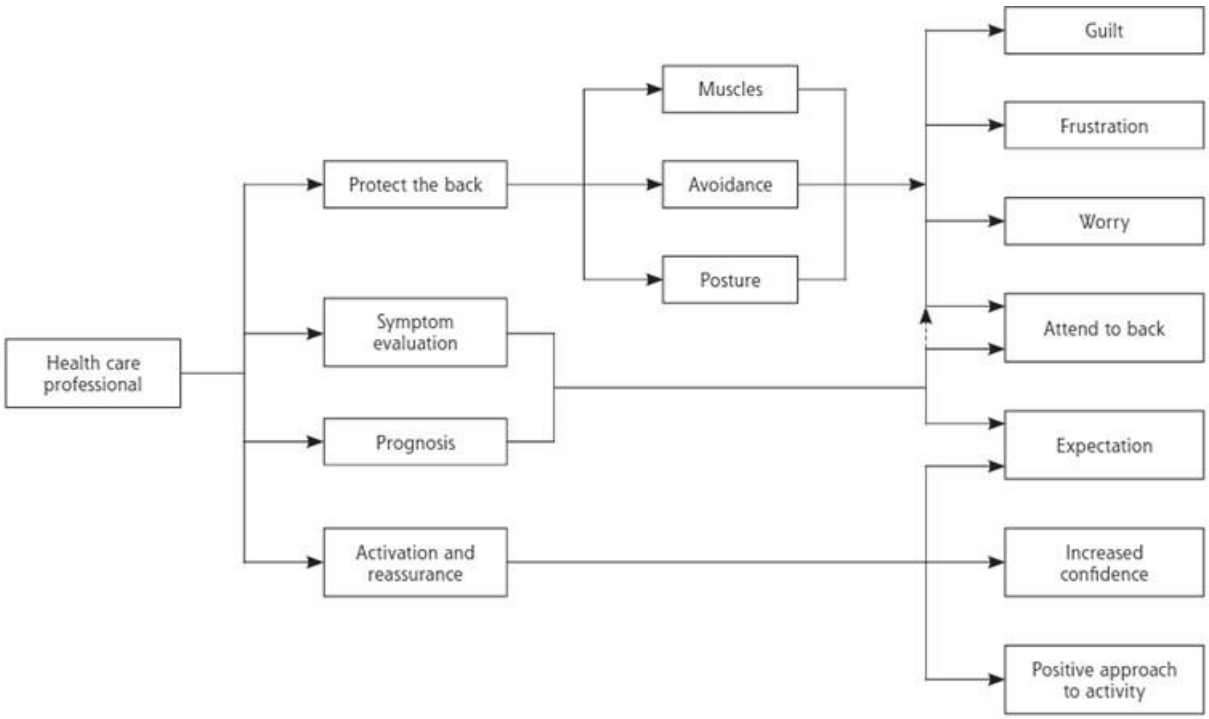
Een studie van Engers et al. onderzocht of patiënteneducatie een meerwaarde kan bieden in de behandeling van lagerugpijn. Hier werd geconcludeerd dat voor patiënten met lagerugpijn een individuele teaching effectief kan zijn op de duur van afwezigheid op het werk. Deze originele teaching duurde in de studie 2u 30min. (18) In de huisartsenpraktijk is dergelijke individuele tijdsintensieve teaching echter onmogelijk. Men kan de bedenking maken of het mogelijk zou zijn om deze informatieoverdracht op een andere manier toe te passen, bijvoorbeeld in de vorm van een brochure.

Vooraleer te definiëren hoe patiënten gemotiveerd kunnen worden, is het belangrijk informatie te bekomen hoe therapietrouw patiënten zijn.

Bier J. et al., onderzochten de naleving van de voorgeschreven adviezen bij patiënten met lagerugpijn. Deze waren gesteund op *EBM*-richtlijnen. Aan patiënten met lagerugpijn werd het advies gegeven om bedrust te mijden alsook hun normale activiteiten verder te zetten, naast het advies over pijnmedicatie. Er kon geen conclusie geformuleerd worden door de auteurs over de compliance met betrekking tot actief zijn, het verderzetten van de activiteiten en het vermijden van bedrust. (19)

Ondanks bovenstaande blijkt uit een andere kwalitatieve studie van Darlow et al. dat de huisarts wel degelijk een vooraanstaande rol heeft in het informeren en bijsturen in de behandeling van patiënten met acute lagerugpijn. Door correcte communicatie kan de huisarts een grote positieve invloed uitoefenen op de ziekteperceptie bij patiënten met lagerugpijn. (20)

Figuur 1: De invloed van communicatiestijl op het gedrag van patiënten (Figuur overgenomen van Darlow et al. (20))



Er wordt beweerd dat het gebruik van bepaalde termen geassocieerd wordt met andere gevoelens. Als artsen in hun communicatie bepaalde woordenschat hanteren die geassocieerd wordt met het begrip 'bescherm de rug', dan zal dit leiden tot meer frustratie, schuld- en angstgevoelens wanneer de patiënt pijn ervaart tijdens het uitoefenen van bepaalde activiteiten. Een symptoom- of een prognosegerichte communicatiestijl kan initieel neutrale gevoelens opwekken, maar kan in tweede tijd evolueren naar ook meer negatieve gevoelens, zoals hierboven beschreven. Wanneer daarentegen de communicatie afgestemd wordt op de begrippen *activation* (activatie) en *reassurance* (geruststelling) leidt dit bij patiënten tot een meer positief effect op hun activiteitsgraad en zorgt dit voor een opwaardering van het zelfvertrouwen. Kortom dient de arts zich dus te distantiëren van de symptoom-gerelateerde communicatie en zich eerder te richten tot het stimuleren van de activatiegraad. (20)

Opmerkelijk in deze studie is dat quasi alle patiënten anatomopathologische verklaringen ontvingen over hun lagerugpijn, desondanks de richtlijnen aanraden dit niet te doen. (1, 2) De NHG-richtlijn adviseert eerder volgende uitleg; "De precieze oorzaak van de lagerugpijn is onbekend. De oorzaak zit vermoedelijk in het geheel van spieren, banden en botten in de rug, dat tijdelijk niet optimaal functioneert." (1)

Patiënten in voorgaande studie kregen ook lifttechnieken, oefeningen voor posturale controle en neuromusculaire oefeningen mee. Ook hier onderbouwt dit het idee om de rug te beschermen. Echter is er geen bewijs dat correcte lifttechnieken lagerugpijn kan verhinderen. Deze protectieve benadering zou

er echter voor zorgen dat patiënten meer negatieve gevoelens van schuld, frustratie en bezorgdheid ervaren. (20)

De KCE-richtlijn houdt reeds rekening met bovenstaande elementen door middel van hun risico-stratificatie. Zo wordt er het risico op chroniciteit ingeschat alsook wordt er via de zogenoemde 'gele vlaggen' getoetst naar de percepties, overtuigingen en emoties van de patiënt. De KCE-richtlijn geeft duidelijk aan dat het bij deze patiëntengroep zeer belangrijk is om correct te communiceren. De richtlijn stelt een viertal communicatiestrategieën voor. Ze raden allereerst aan om uitspraken te mijden die het geloof versterken dat er schade of structurele disfuncties zijn (vb. "Het is slijtage"). Vervolgens dient het in de hand werken van pijn na de acute fase ook vermeden te worden (vb. "Uw rug is verzwakt, u moet vermijden te bukken/zaken op te tillen."). Het derde advies is om een negatief toekomstbeeld te vermijden (vb. "Uw rug verslijt met de leeftijd", "U zult ermee moeten leren leven gezien dit een levenslang probleem zal zijn"). Het laatste advies is om pijn niet te zien als een letsel (en dus uitspraken te mijden zoals vb. "Stop als u pijn voelt", "Laat u leiden door de pijn"). (2) Dit is gelijkaardig aan de tijdcontingente (en niet pijncontingente) benadering door de NHG-richtlijn: er dient vermeden te worden dat de factor pijn gaat dienen als een leidend principe voor activiteit. (1)

Samenvattend betekent dit dat correcte communicatie een zeer belangrijke pijler is in een consult van lagerugpijn. Het vermijden van negatieve termen, o.a. dat de rug een kwetsbaar gegeven is, blijft hierin cruciaal. Patiënteneducatie en patiëntencommunicatie is belangrijk, doch dient men op te letten dat men niet te ver gaat in het uitleggen van de anatomopathologie. Men moet de patiënt overtuigen dat de pijn sneller zal genezen met beweging dan met rust. Patiënten gaan er echter van uit dat lichaamsactiviteit pijn kan induceren en zien dit vaak als extra schade aan de rug. Deze foutieve perceptie dient ten stelligste doorbroken te worden. (1, 2, 18, 20)

2.2.5 Wetenschappelijke evidentie over bewegingsadviezen

Vermijden bedrust

Het advies om te rusten bij lagerugpijn, wat oorspronkelijk de gouden standaard was, is ondertussen gedateerd. Bijna alle hedendaagse richtlijnen bevelen bedrust niet aan. SSMG was hier al vooruitstrevend, ze concludeerden dat de meeste patiënten geen nood hebben aan bedrust en dit dus enkel gereserveerd dient te worden voor patiënten met ernstige bewegingsbeperkingen. Bedrust gedurende meer dan vier dagen zou een negatief effect hebben. (3)

De NHG-richtlijn waarschuwt dat bedrust negatieve gevolgen heeft en kan leiden tot complicaties zoals spieratrofie, decubitus, veneuze trombo-embolie, obstipatie, urineweginfecties, afname van de botdichtheid en ook tot een langere duur van het ziekteverlof. Bij hevige klachten zou de patiënt

gedurende enige dagen voor enkele uren rust kunnen nemen, met als doel om daarna geleidelijk aan de normale activiteiten weer op te pakken, zelfs als de pijn hevig is. (1)

De KCE-richtlijn vermeldt het begrip bedrust niet expliciet. In hun referentie naar de NICE-richtlijn kon geen enkel bewijs gevonden worden dat bedrust op korte termijn schadelijk is, maar evenmin dat het voordelen biedt. (2, 5)

Volgens S. J. Atlas et al. kan bedrust vermeden worden door wisselhouding toe te passen. Patiënten moeten de instructie krijgen om op regelmatige intervallen, elke 30 minuten, recht te komen en een eindje te wandelen. (21) Ook in de klinische richtlijnen van het RACGP (het Royal Australian College of General Practitioners, een orgaan voor huisartsen in Australië dat o.a. verantwoordelijk is voor het handhaven van normen voor klinische kwaliteitspraktijken) staat een aanbeveling over wisselhouding. Volgens hen kan langdurige inactiviteit voorkomen worden door om de 20 minuten in beweging te komen. Dit kan eenvoudig door een korte wandeling of zelfs ter plaatse trappelen. (22)

Wat betekent actief blijven?

Zowat alle richtlijnen raden aan om de huidige activiteiten verder te zetten en actief te blijven. Evidentie hiervoor, en dus de superioriteit van beweging ten opzichte van bedrust of oefentherapie, werd reeds aangetoond in een Finse studie uit 1995. Malmivaara A. et al. konden bij patiënten met acute lagerugpijn duidelijk voordeel aantonen met het verderzetten van hun huidige activiteiten (binnen de grenzen van de rugpijn), t.o.v. patiënten die toegewezen werden aan bedrust (twee dagen strikte bedrust in *semi-Fowler* positie) en t.o.v. patiënten die werden toegewezen aan oefentherapie (focus op oefeningen voor extensie en lateroflexie, die men om het uur diende uit te voeren). Dat voordeel werd gezien op absenteïsme, duur en intensiteit van de rugpijn, alsook op mobiliteit. (23)

Keen et al. specifiëren het begrip ‘activatie’ door dit te categoriseren in drie stadia. Activiteiten van het dagelijkse leven (ADL), waaronder tuinieren, stofzuigen, kleine huishoudelijke taken en een luchtige wandeling worden bestempeld als klasse I. Eens men tijdens het uitvoeren van een bepaalde activiteit een zekere mate van kortademigheid of snellere ademhaling ervaart zit men in klasse II. Hiertoe behoren activiteiten zoals stevig doorwandelen en zwemmen. Ook een oefenprogramma zit omvat in klasse II. De laatste klasse omvat meer intense arbeid of competitieve sporten (vb. badminton, voetbal). (15) Er kan bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn, die geen problemen hebben met het uitvoeren van activiteiten uit klasse I, geprobeerd worden om gradueel op te bouwen naar activiteiten uit een hogere klasse.

Een studie onder leiding van Ben-Ami N. et al., onderzocht hoe men fysieke activiteit kan stimuleren bij patiënten met chronische lagerugpijn. Relevant is dat er in dit artikel een omschrijving wordt toegekend aan wat fysieke (recreatieve) activiteit inhoudt; namelijk dagdagelijks 30 minuten van aerobe

fysieke activiteit aan matige intensiteit (dit wil zeggen dat men wel nog kan spreken, maar niet meer kan zingen). (24) De kwantiteit en frequentie hiervan is gesteund op de aanbeveling van de W*orld Health Organisation* (WHO). Deze aanbeveling omschrijft fysieke activiteit als elke lichamelijke verplaatsing die geproduceerd wordt door spieractiviteit, welke meer energie eist dan het basale metabolisme. (25)

Meer praktische aanbevelingen over 'actief zijn' werd gevonden in de klinische richtlijn van het RAGCP. 'Actief blijven' betekent doorgaan met de normale activiteiten zoveel als mogelijk, inclusief werk. Het betekent ook het mijden van lange periodes van inactiviteit. Geen specifieke oefeningen zijn vereist in dit stadium. Hierbij moet er aandacht gegeven worden dat dit niet voor iedere patiënt dezelfde inhoud en betekenis zal hebben (vb. kantoormedewerker vs. atleet). (22) Eens deze activiteiten verder uitgevoerd kunnen worden als voorheen, dient men deze volgens Von Korff et al. verder op te drijven volgens een gradueel proces. De pijn hoeft niet volledig verdwenen te zijn vooraleer patiënten hun activiteiten verder kunnen uitbouwen. Het doel hierbij is niet dat de rugpijn verbetert, noch dat de rugpijn-vrije episode langer duurt, maar wél om hun functionaliteit te herstellen. Ook hier wordt vermeld dat functionaliteit voor elke patiënt een andere invulling kent. (26)

Een aanvulling hierop is het Sports Medicine Model, dat door M.W. Lively in een review artikel besproken wordt. Patiënten met lagerugpijn dienen hun doelen initieel laagdrempelig op te stellen, waardoor deze makkelijker haalbaar zijn en frustratie vermeden wordt. Er kan bij het starten en het uitbreiden van lichaamsactiviteit, - beweging, en -oefeningen een pijntoename verwacht worden. Dit is geen indicatie dat de oefeningen schade toebrengen, maar eerder verondersteld wordt dat gedeconditioneerde spiergroepen gebruikt worden. Hij vergelijkt deze pijn met atleten die een zeurend gevoel ervaren wanneer ze een trainingsprogramma starten. De behandeling van lagerugpijn wordt in dit artikel vergeleken met de trainingsprogressie die atleten doormaken. Het doel is namelijk hetzelfde: het bereiken van de functionaliteit op een veilige en snelle manier. Bij atleten wordt dit bereikt door een actieve aanpak en op een progressieve wijze. Zij extrapoleren deze aanpak naar de revalidatie voor patiënten met acute lagerugpijn. (27)

Op basis van bovenstaande studies kan 'actief blijven' dus op verschillende manieren worden uitgedrukt. Dit zal zich ook weerspiegelen naar het consult van de patiënt met lagerugpijn. Allereerst dient er individueel een onderscheid gemaakt te worden wat voor een patiënt 'actief zijn' en de dagelijkse activiteiten exact inhouden, zowel qua vorm, intensiteit, frequentie als duur. Afhankelijk van wat dit is, moet er initieel gezorgd worden om ditzelfde niveau van activiteit zo veel als mogelijk na te streven. Indien mogelijk kan men geleidelijk aan deze mate van activiteit verder uitbreiden. Dit alles dient dus patiëntspecifiek te gebeuren, met als einddoel om aan functionaliteit te winnen. (22, 26, 27)

Plaats van begeleide oefentherapie in acute setting

In een C*ochrane review* o.l.v. Hayden J. et al. kon er o.b.v tien RCT's geen effect aangetoond worden van oefentherapie op vlak van pijn en functionaliteit bij patiënten met lagerugpijn in het acute stadium. Zowel niet op korte, middellange als op lange termijn. (28) Oefentherapie komt bij de NHG-richtlijn pas op plaats 3 in hun stappenplan. Dat wil zeggen dat oefentherapie pas ten vroegste zes weken na het ontstaan van de klachten aan te raden is. (1) De KCE-richtlijn is minder eenduidig. Volgens hen kan een begeleid oefenprogramma reeds vroeg aan bod komen in de behandeling van acute lagerugpijn, zeker wanneer de patiënt na het doorlopen van de risicostratificatie een hoog risico heeft op chroniciteit. Impliciet wil dit dus zeggen dat iemand met acute lagerugpijn reeds na twee weken klachten zou kunnen starten met een oefenprogramma. (2)

Er kan geconcludeerd worden dat het systematisch voorschrijven van oefentherapie (al dan niet onder begeleiding van een kinesitherapeut) aan elke patiënt met lagerugpijn geen plaats heeft in het acute stadium. Naast het feit dat er geen consensus is, lijkt het ook niet kosteneffectief te zijn, gezien er in het merendeel van de gevallen spontane genezing optreedt de eerste weken. Idealiter kan er per individu beslist worden of oefentherapie al dan niet gewenst is, rekening houdende met de risicostratificatie conform de KCE-richtlijn. (1, 2, 28)

De invloed van bewegingsvormen op patiënten met lagerugpijn

Wanneer een patiënt met lagerugpijn aangespoord wordt om actief te blijven en om zijn huidige activiteiten verder te zetten, dient men er zeker van te zijn dat deze vormen van lichaamsbeweging aangewezen en veilig zijn. Daarom werd als laatste in de literatuur gezocht wat de plaats is van verschillende bewegingsvormen en sporten in de behandeling van acute lagerugpijn. Bij de analyse viel op dat in het acute stadium weinig sporten beschreven werden. Met deze insteek werd er dus ook gezocht naar de plaats van sport bij de patiënten met chronische of recurrente lagerugpijn.

Zo werd er een recent gepubliceerde systematische review van februari 2022 onder leiding van N.C. Pocovi et al. weerhouden. Deze onderzocht de effectiviteit van wandelen, lopen, fietsen en zwemmen als behandeling bij chronische en recurrente rugpatiënten. Er werden in deze review geen studies gevonden die acute lagerugpijn includeerden. De vergelijking werd gemaakt met 'alternatieve interventies' (zoals medicamenteuze therapie en fysiotherapie waaronder massage, manuele, *ultrasound therapies*, tractie en oefentherapie) alsook met 'geen of minimale interventie' (zoals patiënteneducatie en warmte-applicatie). Voor geen enkele van de vier bewegingsvormen was er evidentie dat deze meer effectief zouden zijn in het verminderen van pijn en het verbeteren van de functionaliteit t.o.v. de alternatieve therapieën. Vergeleken met geen of minimale interventie werd er wel een voordeel gezien bij wandelen of lopen in de behandeling van lagerugpijn, op vlak van pijn en functionaliteit. (29)

Een eerder gepubliceerde meta-analyse o.l.v. E. Sitthipornvorakul beweert zelfs dat wandelen even effectief zou zijn als andere, niet-farmacologische, behandelingen en verbetering zou bieden op vlak van pijn en functionaliteit (30) C. Vanti et al. specifiëren dit nog verder in hun meta-analyse en melden dat wandelen even effectief zou zijn als oefentherapie op vlak van pijn, functionaliteit, levenskwaliteit en *fear-avoidance* bij chronische rugpatiënten. Er dient echter opgemerkt te worden dat deze meta-analyse maar gebaseerd was op vijf RCT's. (31) Een systematische review o.l.v. A. Ribaud et al. onderzocht welke sporten specifiek aangeraden kunnen worden aan patiënten met chronische lagerugpijn, na de acute pijnlijke fase. Geen enkele vorm van wandelen, waaronder ook *nordic walking* en matig intensief joggen, zou volgens de auteurs een negatief effect hebben op het beloop van lagerugpijn. Daarbij vermelden ze wel dat lopen voornamelijk progressief dient te gebeuren, en intensief lopen minder aangewezen is. (25)

Wat betreft zwemmen waren er in de systematische review van N.C. Pocovi et al. minder RCTs beschikbaar, doch suggereerde één studie dat patiënten met lagerugpijn die zwemmen wel degelijk meer winst zouden hebben op vlak van pijn, vergeleken met geen/minimale interventie. (29) A. Ribaud et al. wijden de positieve effecten van zwemmen onder andere aan het feit dat dit een *non-weight bearing sport* is, waarbij de zwaartekracht grotendeels wordt uitgeschakeld. De auteurs raden wel aan om vlinderslag enkel onder supervisie te beoefenen, gezien deze zwemstijl hyperlordose veroorzaakt en kan leiden tot een recidief van lagerugpijn. (25)

Betreffende fietsen kon N.C. Povoci et al. geen voordeel aantonen. (29) Ook A. Ribaud et al. konden geen enkele studie weerhouden welke een voordelig effect van fietsen kon aantonen bij lagerugpijn patiënten. Indien men toch wenst te fietsen kan dit best gedaan worden op een standaard stadsfiets of mountainbike wegens de aangepaste positie. (25) Zo beweert M. Marsen in zijn review dat liefst 10-60% van de fietsers rugklachten zou ervaren, o.a. te wijten aan de voorovergebogen statische houding die kan leiden tot een verhoogde mechanische spanning op de lumbale wervelzuil, wat een aanzet kan zijn tot rugklachten. Men kan in twijfel trekken of het voor leken en minder sportieve patiënten het een goed idee is om fietsen aan te raden als behandeling van lagerugpijn. (32)

Voor patiënten met acute of subacute lagerugpijn zijn er voor andere bewegingsvormen, zoals o.a. pilates, tai chi en yoga, amper beschikbare studies. Zo concludeert de klinische richtlijn van het *American College of Physicians* dat er onvoldoende gegevens zijn om een concrete uitspraak te kunnen doen. (33) Een uitgebreide zoekopdracht omtrent tai chi leverde slechts één relevant artikel op: een studie onder leiding van Y. Cho onderzocht de meerwaarde van tai chi bij een patiëntenpopulatie van mannelijke twintigers met acute lagerugpijn. De interventie tai chi werd vergeleken met stretch-oefeningen. Tai chi bleek effectief te zijn in het verminderen van de pijn en spieractivatie (bevestigd door middel van een EMG). Y. Cho concludeert dat tai chi aanbevolen kan worden bij deze specifieke patiëntenpopulatie met acute lagerugpijn. (34) Er dient uiteraard de opmerking gemaakt te worden dat

de controlegroep (stretching) geen bewezen meerwaarde heeft. Alsook rest de vraag wat de zeer beperkte daling op de VAS-schaal in deze studie klinisch betekent. Ook A. Ribaud et al. ondervonden een beperkte verbetering op vlak van pijn en functionaliteit bij patiënten met chronisch lagerugpijn die tai chi beoefenen. (25)

Er is quasi geen literatuur beschikbaar rond yoga bij acute lagerugpijn. A.P. Goode et al. konden in hun meta-analyse geen enkele studie includeren die de effecten van yoga onderzochten bij acute lagerugpijn. (35) Een gelijkaardige conclusie vinden we bij Qaseem et al. (33) De NHG-richtlijn concludeert dat er weinig evidentie is om pilates of yoga actief aan te raden bij patiënten met chronische lagerugpijn, echter benadrukken zij dat het van belang is dat de patiënt actief blijft. Indien een patiënt er in het kader van *self-management* de voorkeur aan geeft om yoga of pilates te beoefenen, is er geen reden om dit te ontraden. (1)

Interessant aan de studie van A. Ribaud et al. is dat er aanbevelingen worden gedaan over diverse, specifieke sporten, die elders in de literatuur amper beschreven worden. Zo zien ze bij niet-competitieve paardrijders een eerder voordelig effect op de lagerugpijn. Wel raden ze een aangepast zadel (*western, long-stirruped saddle*) aan wegens biomechanische redenen. Ook golf zou zonder risico beoefend kunnen worden, op voorwaarde dat de speler een warming-up doet en een correcte swingtechniek hanteert. (25)

De meest populaire teamsporten - in Frankrijk - werden ook onderzocht. Zo blijkt dat recreatief voetbal in theorie een goed effect zou hebben op lagerugpijn. Bij de trapfase wordt een hyperextensie plots gevolgd door een hyperflexie beweging waardoor spiergroepen getraind worden die zorgen voor de rompstabiliteit en -coördinatie. Dit voordelig effect zou niet van toepassing zijn bij competitief en intensief voetballen, gezien dit juist een groter risico zou hebben op een recidief van lagerugpijn. Rugby, handbal en basketbal zijn zeer intensieve teamsporten, die berusten op rechtstreeks contact met een tegenspeler en gepaard gaan met bruuske en krachtige bewegingen. Hoe dan ook zijn er geen studies beschikbaar die het effect hiervan onderzoeken op lagerugpijn. Tennis, een sport die zeker tijdens het uitvoeren van een opslag extra de rug belast, wordt eerder ontraden gezien dit kan leiden tot een groter risico op rugletsels. Indien men toch tennis zou willen beoefenen kan men dit best doen op gravel en dient een bovenhandse opslag (tijdelijk) vermeden te worden. Bij judo en *martial arts* wordt er geobserveerd dat er bij deze sportbeoefenaars minder lagerugpijn aanwezig is ten opzichte van niet-sporters. Er wordt ook geconstateerd dat hoe hoger de band en hoe frequenter de trainingen, hoe lager de prevalentie van lagerugpijn. Desondanks deze omgekeerde relatie, vinden ze geen data over de beoefening van deze sporten bij patiënten met lagerugpijn. Voor zowel artistieke als ritmische gymnastiek konden A. Ribaud et al. geen oordeel geven, gezien er geen studies zijn over de invloed van gymnastiek bij patiënten met lagerugpijn. Ze delen wel mee dat vooral ritmische gymnastiek het meest nadelig is voor de rug omwille van de repetitieve lumbale hyperextensie. (25) Daarentegen stelde een,

weliswaar zeer beperkte, cohorte studie o.l.v. M. Harreby bij gymnasten dan weer een kleinere kans op lagerugpijn vast. (36)

Over andere sporten, zoals skiën, bowling, tafeltennis, gewichtheffen, krachttraining en fitness kunnen A. Ribaud et al. geen uitspraak doen, aangezien er te weinig literatuur beschikbaar is. (25)

Gezien de beperkt beschikbare literatuur over de invloed van bewegingsvormen op het beloop van acute lagerugpijn is het moeizaam om hier eenduidige conclusies uit op te maken. Indien men de literatuurstudie uitbreidt en het tijdskader opentrekt naar studies die recurrente en chronisch lagerugpijn onderzochten, kan er geconcludeerd worden dat er geen bewijs is dat gelijk welke fysieke activiteit of sport een schadelijk effect toebrengt bij patiënten met lagerugpijn. (25) Meer onderbouwing is er te vinden over wandelen, recreatief fietsen, zwemmen en joggen. De plaats van pilates en tai chi bij lagerugpijn is onvoldoende onderbouwd om een advies te kunnen geven. (1, 3, 29, 30, 32-35) Hiertegenover staan Ribaud et al. die zelf een positief effect toeschrijven aan tai chi. Een nota die gemaakt dient te worden is dat het in deze studie gaat over patiënten net na een acute opflakkering bij chronische lagerugpijn. Doch suggereren ze in hun conclusie dat deze aanbevelingen ook gevolgd mogen worden bij patiënten na een episode van lagerugpijn, op voorwaarde dat deze sporten laag intensief worden beoefend en progressief worden opgebouwd. (25)

2.2.6. Alarmsymptomen

Lagerugpijn is frequent een onschuldige aandoening. Doch dient er alertheid te zijn voor mogelijke onderliggende structurele afwijkingen en specifieke oorzaken van rugpijn, zoals o.a. maligniteit, wervelfractuur, spondylartropathieën, ... (2) Met alarmsymptomen doelt men op symptomen die passen bij dergelijke specifieke oorzaken van rugpijn en welke gebruikt kunnen worden als screeningstool op deze aandoeningen. Aangezien het doel van dit praktijkverbeterend project inhoudt om de patiënten te activeren, dient dit uiteraard in een veilige setting te gebeuren. Patiënten aan wie er een brochure overhandigd wordt, met als doel om zelfstandig aan het werk te gaan met hun klachten, dienen duidelijk op de hoogte te zijn wanneer ze opnieuw contact moeten opnemen met een arts.

Bovendien wordt er uiteraard verondersteld dat de arts bij een eerste consultatie op basis van het patiëntenprofiel, de anamnese en het klinisch onderzoek een evaluatie opmaakt en de urgente oorzaken van deze rugpijn uit zijn diagnostisch landschap filtert. Bij onzekerheden dient de arts verder onderzoek te verrichten. (2)

De KCE-richtlijn introduceert in de uitwerking van een patiënt met lagerugpijn het concept van vlaggen. Hierbij gaat men symptomen opsporen die wijzen op ernstige aandoeningen van lagerugpijn en ‘rode vlaggen’ worden genoemd. Deze worden gegroepeerd in clusters en onderverdeeld volgens graad van urgentie (urgent, semi-urgent en minder urgent). (2)

Zo zijn er allereerst de neurologische noodgevallen die zich kenmerken als zadelanesthesie (of andere symptomen zoals urine-incontinentie die op het cauda-equina syndroom kunnen wijzen), wijdverspreide of progressieve neurologische symptomen of ernstig krachtsverlies. Zo dient men in de traumatologie enorm bedacht te zijn op lagerugpijn na een hoogenergetisch trauma of patiënten met spondylitis ankylosans die na een trauma rugpijn vertonen. In de vasculaire heelkunde dient men bedacht te zijn op vasculaire symptomen die gepaard gaan met rugpijn die mogelijks op een gescheurd aorta aneurysma kunnen wijzen. Bij elk van deze klachten dient urgente evaluatie via de spoedgevallen te gebeuren. Andere alarmsymptomen, waarvoor minder urgente evaluatie dient te gebeuren (arbitrair <48u) zijn de elementen waarbij er een fractuur vermoed wordt. Zo zijn zelfs bij een mineur trauma en volgende comorbiditeiten reeds een indicatie om een arts te raadplegen: osteoporose, chronisch corticoïd gebruik, hoge leeftijd, onverklaard gewichtsverlies, onverklaarde vermoeidheid en een oncologische voorgeschiedenis. Ook algemene infectietekenen bij patiënten met lagerugpijn is een alarmsymptoom. Alarmsymptomen die moeten doen denken aan een maligniteit zijn de novo ontstane rugpijn <18j of >55j of de aanwezigheid van B-symptomen. Ook bij patiënten met ernstige nachtelijke pijn dient er aan andere oorzaken dan aspecifieke lagerugpijn gedacht te worden. Zoals vb. de inflammatoire aandoeningen met hun typische symptomen van niet-mechanische pijn, verbeterend bij lichaamsbeweging en ochtendstijfheid die langer dan 30 minuten aanhoudt. Enkele buitenbeentjes maar even belangrijk zijn recente operaties die buitensporige pijn veroorzaken net als onhoudbare en therapieresistente pijn. (2)

Uiteraard dient er opgemerkt te worden dat de sensitiviteit en specificiteit van de rode vlaggen beperkt zijn, vooral bij afzonderlijke toepassing. Clinici moeten zich dan ook focussen op clusters van rode vlaggen. Het is de taak van de arts om vanaf het eerste consult van lagerugpijn te screenen naar bovenstaande symptomen om zo de urgente oorzaken van deze rugpijn uit het diagnostisch landschap te halen. Aldus kan elke rode vlag niet rechtstreeks beschouwd worden als alarmsymptoom. Wanneer men voor de patiënt een selectie maakt van alarmsymptomen, dient men zich dan ook voornamelijk te richten op een deterioratie of een verandering van het klachtenpatroon. (2)

Opdat het voor de patiënt duidelijk is wanneer deze opnieuw contact dient op te nemen met de arts, worden de alarmsymptomen gebundeld tot de volgende symptomen en vermeld op de brochure:

- Krachtsvermindering in de benen
- Gevoelsstoornissen aan het zitvlak en/of de geslachtsdelen
- Plots verlies van urine en/of stoelgang
- Koorts en/of gewichtsverlies
- Verandering pijnpatroon

2.2.7. Vergelijking tussen Nederlandstalige brochures of andere patiëntgerichte informatieve bronnen over lagerugpijn

De volgende stap is om op zoek te gaan naar reeds beschikbare patiëntenbrochures over lagerugpijn. Aangezien het praktijkverbeterend project in de Nederlandstalige huisartsenpraktijk plaatsvindt, wordt er gezocht op Nederlandstalige patiëntenbrochures. (7-11)

Hieronder wordt de analyse gemaakt met voor- en nadelen, op basis van de bekomen resultaten uit de literatuurstudie.

CM - Rug in beweging: Rugproblemen voorkomen en aanpakken

Nadelen:

- Uitgebreide brochure van 28 pagina's.
- Er wordt veel nadruk gelegd op de anatomie van de rug, de onderliggende pathofysiologie alsook op correcte tiltechnieken. Volgens de literatuur wordt dit niet aanbevolen, de rug wordt zo immers aanzien als een kwetsbare structuur. (1, 2, 14-17, 20)
- De brochure is meer gericht naar de patiënten met subacute of chronische lagerugpijn.
- Alarmsymptomen worden vermeld, doch helemaal aan het einde van de brochure en dat zonder tussentitel.

Voordelen:

- Attractief opgesteld, veel afbeeldingen, eenvoudige taal.
- Geeft veel concrete adviezen. Vb. wat met sporten zoals wandelen, fietsen, zwemmen. Ook huishoudelijke taken komen aan bod.
- De titel vat de kern direct samen: 'rug en beweging!'. Met andere woorden de focus wordt gelegd om de activiteitsgraad te verhogen. (26)

UZ Leuven - De behandeling van acute lagerugpijn informatie voor patiënten

Nadelen:

- Als eerste onderwerp wordt vermeld waarom medische beeldvorming geen meerwaarde heeft. De vraag rest of dit zo expliciet beschreven dient te worden op een brochure. Volgens de literatuur kan er beter gefocust worden op wat er wel mag dan wat niet mag. (1, 2, 14-17, 20)
- Er wordt gefocust op chronische lagerugpijn (de populatie van de tweede lijn) met mogelijkheden tot aanmelding via het UZ Leuven.

Voordelen:

- De brochure is beknopt, maar met de centraal geplaatste boodschap: blijf actief, dat biedt de beste garanties op een vlot herstel.
- Veel overeenstemming met de hierboven beschreven literatuurstudie, namelijk dat activeren belangrijk is, dat medicatie dient om activiteit te bevorderen.
- Als praktische tip wordt er wandelen voorgesteld.
- De alarmsymptomen worden vermeld.

Gezondheid en wetenschap: Lagerugpijn met of zonder uitstraling naar het been

Nadelen:

- Zeer uitgebreid en zonder illustraties, waardoor dit veel tijd vergt om te lezen.
- Richt zich ook tot specifieke oorzaken van lagerugpijn.
- Vakjargon en complexer taalgebruik, waardoor soms moeilijker te begrijpen voor niet-medisch geschoolde patiënten.
- Legt de anatomopathologie vrij uitgebreid uit. Volgens de literatuurstudie wordt dit vaak in de patiënteneducatie gebruikt, maar dient dit ook gerelativeerd te worden aangezien dit de rug een 'kwetsbaar' karakter kan toekennen. (1, 2, 14-17, 20)

Voordelen:

- Er wordt uitgebreid vermeld om de activiteitsgraad te verhogen.
- Er zijn bijbehorende video's die meer uitleg geven.
- Alarmsymptomen worden overlopen.

ZN Antwerpen - Lage Rugproblemen informatiebrochure voor patiënten

Nadelen:

- Er worden specifieke oorzaken van lagerugpijn besproken, waardoor dit de indruk geeft een tweedelijnsbrochure te zijn.
- Vermelden geen alarmsymptomen.
- Til- en heftechnieken komen uitgebreid aan bod. De literatuur geeft aan dat deze protectieve communicatie eerder een nadelig effect kan hebben. (1, 2, 14-17, 20)

Voordelen:

- Ze maken gebruik van foto's en figuren.

VUB - 7 geboden voor mensen met lagerugpijn

Nadelen:

- Vermelden veel 'wat niet mag'. Deze inhiberende communicatiestijl wordt niet aanbevolen. (1, 2, 14-17, 20)
- Er worden geen alarmsymptomen besproken.

Voordelen:

- Kort en overzichtelijk.
- Actief blijven staat centraal.
- Geen anatomopathologische uitslag.
- Dit is de enige gevonden brochure met aandacht voor de perceptie van de patiënt: "Begrijp de pijn".

2.3 Conclusie Literatuur

De huidige klinische richtlijnen raden sterk aan om actief te blijven tijdens een episode van lagerugpijn. (1, 2) Hoe dit vertaald dient te worden naar de praktijk en wat dit concreet voor de patiënt betekent staat echter nergens expliciet beschreven.

Er is algemene consensus dat bedrust in de behandelfase van lagerugpijn totaal verlaten is. (1-3, 5, 13) Om langdurige immobilisatie te vermijden, wordt er in de literatuur geadviseerd om wisselhouding toe te passen; iedere 20-30 minuten een andere houding aannemen. (21, 22) Daarnaast kan men bij patiënten met lagerugpijn ook het gezondheidsadvies van de WHO meedelen; iedere dag 30 minuten aerobe fysieke activiteit aan matige intensiteit. (25) Dit kan ingevuld worden door laagdrempelige sporten zoals wandelen, zwemmen, joggen en fietsen. (3, 25, 29, 30, 32) Voor tai chi, yoga en pilates is er minder eenduidigheid, doch kan dit volgens A. Ribaud et al. wel degelijk een positief effect hebben op het beloop van de lagerugpijn (1, 3, 25, 29, 30, 32-35) Andere sporten zijn in de literatuur nog schaarser beschreven, zo beschrijven A. Ribaud et al. als enige dat paardrijden, golf en voetbal (op voorwaarde van een correcte techniek en lage intensiteit) een beperkt voordelig effect had op patiënten met chronische lagerugpijn. Voor teamsporten zijn er amper studies beschikbaar die het effect onderzoeken op patiënten met lagerugpijn. (25)

Het concept van self-management gaat ervan uit dat de patiënt zelf de capaciteit heeft om positieve strategieën te ontwikkelen om zich aan zijn situatie aan te passen. (2) Uit de literatuurstudie blijkt de drempel voor patiënten om deze actieve houding aan te nemen voornamelijk kinesiofobie te zijn. Pijn wordt te vaak aanzien als een alarmsignaal, een teken dat er extra schade optreedt. Echter moet pijn eerder aanzien worden als een indicator en als een tool om de activiteiten te leren doseren. (14-17)

Om patiënten over deze bewegingsangst te krijgen is het als arts belangrijk om aandacht te hebben voor een motiverende communicatiestijl. Protectief taalgebruik kan best ten stelligste vermeden worden, hoewel het in de huidige brochures wel vaak gebruikt wordt. (1, 2, 20)

3. Uitwerking praktijkverbeterend project

3.1. Methodologie

Om de onderzoeksvraag verder te kunnen beantwoorden, wordt er een praktijkverbeterend project opgestart.

Als eerste dient er geweten te worden wat de huidige situatie is in beide huisartsenpraktijken (n=2). De vage richtlijnen geven geen eenduidigheid over wat 'actieve therapie' inhoudt. Er dient een navraag te gebeuren over hoe actieve therapie ingevuld wordt, dit zowel bij de collega huisartsen als bij de patiënten. Vervolgens wordt een patiëntenbrochure ontwikkeld alsook wordt er een teaching-moment voorzien voor de collega-huisartsen (=interventie). Na deze interventie wordt er vervolgens bekeken wat hiervan de meerwaarde kan zijn voor de patiënt (= nameting). Wordt er een evolutie gezien over hoe patiënten actieve therapie benaderen? Wordt er gezien dat patiënten hun activiteiten weer voortzetten of uitbreiden?

3.1.1. Voormeting

3.1.1.1. Artsen

Alle artsen uit beide huisartsenpraktijken worden geïncludeerd. In praktijk A gaat dit over vier artsen, in praktijk B gaat dit over twee artsen. Er wordt schriftelijk een *informed consent* bemachtigd.
De bevraging gebeurt individueel aan de hand van een semi-gestructureerd interview:

- Wat is volgens u de eerste aanpak bij klachten van acute aspecifieke lagerugpijn?
- Wat verstaat u onder self-management?
- Hoe vult u het advies tot actief blijven in bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn?
- Wat zijn volgens u de hindernissen voor patiënten om te bewegen tijdens een episode van lagerugpijn?
- Hoe probeert u de patiënt te motiveren?
- Met welke adviezen stuurt u de patiënt huiswaarts? Geeft u extra voorlichting of materiaal mee aan de patiënt?

Deze vragen worden in bovengestelde volgorde bevraagd. Indien nodig kunnen er nog bijkomende vragen door de interviewer gesteld worden, wanneer deze het idee heeft dat er hierdoor extra informatie vergaard kan worden. De gesprekken worden opgenomen en de audio-opnamen worden nadien herbeluisterd, uitgeschreven en geanalyseerd.

Vervolgens worden hun verschillende stellingen voorgelegd die beantwoord dienen te worden via een 5-punts Likert schaal.

Geef aan in welke mate u akkoord gaat met volgende stellingen (1: helemaal niet akkoord - 5: volledig akkoord):

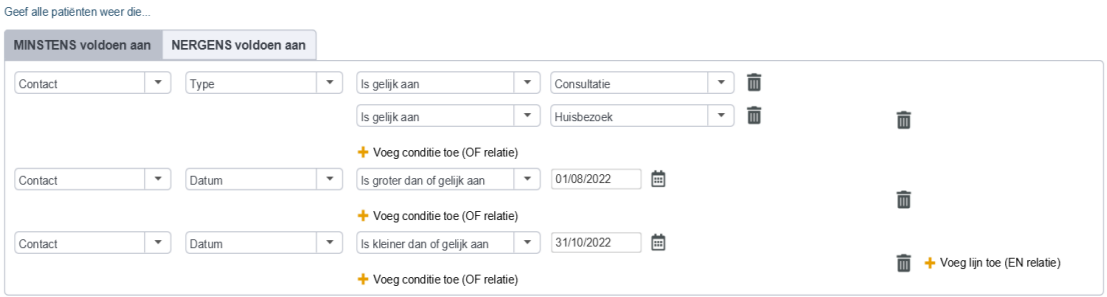
- Bij een episode van acute lagerugpijn raad ik patiënten (kortstondig) bedrust aan.
- Om het risico op chroniciteit te beperken dient er bij een patiënt met aspecifieke lagerugpijn reeds in een vroeg stadium verdere diagnostiek te gebeuren (vb. medische beeldvorming).
- Om het ziekte-inzicht te bevorderen bij een patiënt met acute lagerugpijn is het belangrijk om voldoende uitleg te geven over de anatomie van de rug en pathofysiologie van acute lagerugpijn.
- Bij een toename van de pijn (bijvoorbeeld door bewegen/activiteit) treedt er meer schade op in de rug.
- Ik raad mijn patiënten aan actief te zijn, ook tijdens een episode van acute lagerugpijn.
- Tijdens het consult probeer ik samen met de patiënt een (bewegings)plan op te stellen, dat voor de patiënt haalbaar is.
- Bij een episode van acute lagerugpijn verwijs ik voor het merendeel van mijn patiënten door naar een kinesitherapeut.
- Ik ben ervan overtuigd dat de patiënt mijn advies opvolgt.

3.1.1.2. Patiënten

3.1.1.2.1. Rekrutering

Er wordt een audit uitgevoerd, waarbij alle patiënten met aspecifieke lagerugpijn uit de laatste drie maanden weerhouden worden. Dit door middel van de statistiek van Careconnect®, dat in beide praktijken gebruikt wordt als EMD. Er wordt door de hoofdarts volgende criteria ingevoerd (zie ook Figuur 2): contacttype ‘consultatie’ of ‘huisbezoek’, alsook de periode ‘1 augustus 2022 tot en met 31 oktober 2022’. Hierop worden de verkregen data geëxporteerd in een CSV-bestand voor verdere analyse. Hierbij is het wel noodzakelijk om de parameter ‘evaluatie’ mee te nemen.

Figuur 2: De uitgevoerde audit in Careconnect ®



Er wordt aan de hoofdarts gevraagd om het CSV-bestand te anonimiseren, dit door het verwijderen van alle kolommen, met uitzondering van de volgende: *patiënt id*, leeftijd, geslacht, waardedatum (=datum van contact), ibui code (=evaluatie) en ICPC-2-code. Hierna bezorgt de hoofdarts dit CSV-bestand ons terug om verdere analyse uit te voeren.

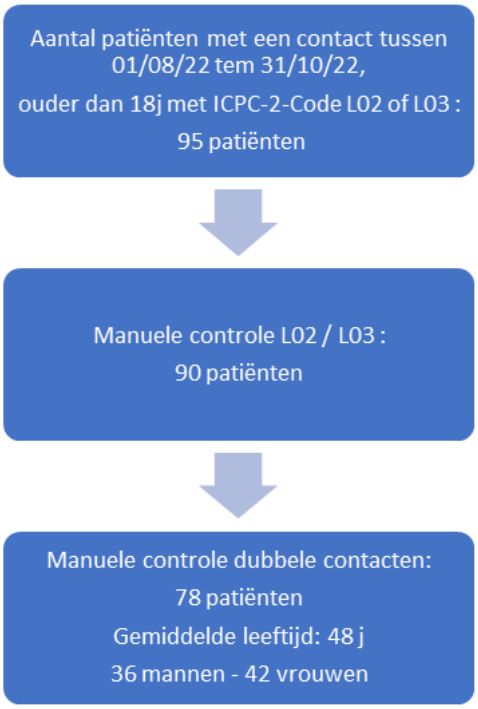
Verder is het noodzakelijk om hier alsnog de tijdsperiode van de consulten opnieuw aan te duiden, met name de periode '1 augustus 2022 tot en met 31 oktober 2022'. De exclusiecriteria zijn minderjarigen en alle andere oorzaken van lumbalgie die wél een onderliggende structurele oorzaak hebben (vb. lumbo-ischialgie, wervelfractuur, spondylolisthesis, spinaalkanaalstenose,...). Met andere woorden is het noodzakelijk om de filter op volwassen leeftijd te zetten (> 18j), alsook om de ICPC-2-code op L02 en L03 door te voeren. Deze omvatten volgens Careconnect® volgende termen: rugpijn, dorsalgie, rugklacht, thoracale wervelkolompijn, andere rugpijn, thoracale rugpijn, vertebragene pijn, thoracaal vertebrogeen syndroom, thoracaal vertobrogeen syndroom, thoracale rug panniculitis, thoracale vertebragene pijn, vertebragene pijn, lage rugpijn, lumbalgie, lumbago, lage rug overbelasting, coccyxpijn, sacro-iliacale rugpijn, pijn in onderste deel van de rug, klacht van lumbo-sacrale regio, lendepijn, pijn aan nierloge rechts, coccydynie, pijn lumbaalstreek, lage rug myofasciitis, lage rug panniculitis, lage rugsyndroom, lumbale vertebragene syndroom, lumbalgie, vertebragene pijn, lumbosacraal pijn, pijn aan nierloge links, sacrale panniculitis, sacralgie, sacro-iliacale klachten, sacro-iliacale stijfheid, sacrodynie.

Vervolgens wordt gekeken welke termen er zich nog onder 'evaluatie' bevinden na het doorvoeren van de filters. Zo werd als laatste 'coccyxpijn', 'dorsalgie' en 'thoracale pijn' uitgeschakeld.

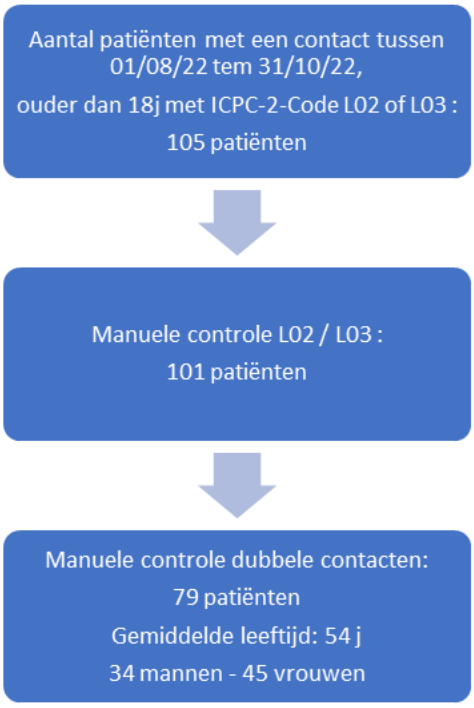
Er dient hierbij opgemerkt te worden dat er geen onderscheid gemaakt wordt in de duur van de klachten. Dit hoofdzakelijk omdat de oorspronkelijke tijdsindeling van acuut, subacuut en chronisch meer en meer verlaten wordt. (1, 2) Anderzijds omdat er in de software van Careconnect® geen mogelijkheid is deze tijdsduur te coderen.

Aldus bestaat de huidige database uit een contact tussen 1 augustus en 31 oktober 2022 bij patiënten ouder dan achttien jaar met een van volgende evaluaties: lage rug overbelasting, lage rugpijn, lumbago, lumbalgie, rugklacht, rugpijn, symptomen/klachten lage-rug. Als laatste stap dienen de dubbele contacten nog verwijderd te worden. In praktijk A zijn er 12 dubbele contacten, zo blijven er nog 78 patiënten over. In praktijk B zijn er 22 dubbele contacten, zodat er nog 79 patiënten overblijven. De gemiddelde leeftijd in praktijk A bedraagt 48 jaar, waarvan 36 mannen en 42 vrouwen. In praktijk B is de gemiddelde leeftijd 54 jaar, waarvan 34 mannen en 45 vrouwen (zie stroomdiagram).

Figuur 3: Stroomdiagram Praktijk A



Figuur 4: Stroomdiagram Praktijk B



Aangezien dit een praktijkverbeterend project is, gebeurt er bij de selectieprocedure geen randomisatie. Uit bovenstaand CSV-bestand worden willekeurig tien patiënten weerhouden. Het unieke *patiënt id*-nummer wordt overhandigd aan de hoofdarts, waarop deze de patiëntgegevens uit het oorspronkelijke, niet geanonimiseerde CSV-bestand kan bekomen. De namen van de uitgeselecteerde patiënten worden door de hoofdarts aan de onderzoekers overhandigd.

Als laatste selectiemechanisme wordt er per patiënt gecontroleerd of deze recent niet doorverwezen zijn naar de tweede lijn voor verdere uitwerking van hun rugpijn. Indien dit het geval is, wordt de patiënt geëxcludeerd uit de studie en wordt er een nieuwe kandidaat uit het oorspronkelijke CSV-bestand geselecteerd. Vervolgens wordt er telefonisch contact opgenomen met de geselecteerde patiënten. De onderzoekers stellen zichzelf voor. Er wordt aan de patiënten gevraagd of zij bereid zijn mee te werken aan een onderzoeksproject omtrent hun recente periode van lagerugpijn, waarbij ze telefonisch enkele vragen dienen te beantwoorden alsook schriftelijk een vragenlijst dienen in te vullen. Er wordt tevens vermeld dat het gesprek geregistreerd wordt en dat hun gegevens en hun antwoorden anoniem worden verwerkt. *Informed consent* wordt dus mondeling gevraagd en nadien schriftelijk bevestigd.

3.1.1.2.2. Vragenlijst

Volgende vragen worden aan de patiënten telefonisch gesteld:

- Heeft de huisarts u meegedeeld wat de alarmsymptomen zijn. M.a.w. bij welke symptomen u dringend terug contact moet opnemen?
    - Wat zijn deze alarmsymptomen?
- Had u de indruk dat u voldoende geïnformeerd was over het ziektebeeld en de progressie?
- Wat heeft u van de arts als adviezen meegekregen naar behandeling toe?
    - Wat heeft de arts u verteld omtrent bedrust?
    - Heeft u specifiek advies meegekregen over beweging, zoja welk?
- Welke activiteiten bent u blijven verderzetten tijdens uw episode van rugpijn?
    - Bent u blijven bewegen of gestart met bewegen? Waarom wel/niet?
    - Heeft u uw activiteiten (zowel beroep als privé) aangepast en hoe?
    - Bent u blijven werken?
- Heeft de arts u een brochure meegegeven of verwezen naar een externe website?

Deze vragen worden in bovengestelde volgorde bevraagd. Indien nodig kunnen er nog bijkomende vragen gesteld worden, wanneer de interviewer het idee heeft dat er hierdoor extra informatie verkregen kan worden.

Vervolgens worden hun verschillende stellingen voorgelegd die beantwoord dienen te worden via een 5-punts Likert schaal.

Geef aan in welke mate u akkoord gaat met volgende stellingen (1: helemaal niet akkoord - 5: volledig akkoord):

1. Ik ben bang om bij het doen van lichaamsbeweging letsel op te lopen.
2. Als ik me over de pijn heen zou zetten, dan zou hij erger worden.
3. Mijn pijn betekent dat er sprake is van letsel.
4. Ik zou geen lichaamsbeweging hoeven doen wanneer ik pijn heb.

3.1.2. Interventie

De interventie bestaat uit twee luiken: het ontwikkelen van de patiëntenbrochure en de teaching.

Op basis van bovenvermelde literatuurstudie werd er een patiëntenbrochure ontwikkeld, die zich voornamelijk richt op het begrip ‘actief zijn’. De bedoeling is dat deze meegegeven wordt aan de patiënt met aspecifieke lagerugpijn tijdens de consultatie. Om de brochure te kunnen ontwerpen, werd er gebruik gemaakt van de website *canva.com.* De inhoud is geschreven zodanig dat deze voor alle patiënten makkelijk leesbaar en verstaanbaar is. De focus werd onder andere gelegd op het taalgebruik. Zo werd protectief taalgebruik vermeden, werd er niet te veel de focus gelegd op het begrip ‘pijn’ en werd er getracht in te spelen op de kinesiofobie die patiënten vaak hebben. Dit door duidelijk en herhaaldelijk te vermelden dat bewegen geen oorzaak is van de pijn.

Het eerste deel van de folder gaat over patiënt-educatie: uitleg van het ziektebeeld, de progressie en de alarmsymptomen. Er wordt quasi geen focus gelegd op de anatomopathologie. De volgende rubriek op de folder gaat over het belang van actief te blijven en de voordelen hiervan. Als laatste worden er praktische adviezen meegegeven omtrent levensstijl, beweging en sport.

Een probleem dat opdook bij het samenstellen van deze patiëntenbrochure is omtrent de praktische invulling van actief blijven: geen enkel klinische richtlijn, noch kwaliteitsvolle literatuurstudies, stellen duidelijke voorkeuren van lichaamsbeweging of sportactiviteiten voor. NHG formuleert dat er inderdaad weinig evidentie is, maar dat het van belang is dat de patiënt actief blijft. Indien bijgevolg een patiënt de voorkeur heeft voor een bepaald type sport, is dit geen reden om dit te ontraden. (1) Een van de weinige artikelen die effectieve aanbevelingen doet over sportactiviteiten tijdens een episode van lagerugpijn is de studie van A. Ribaud et al. (25) Deze werden verwerkt in de brochure. Er dient uiteraard vermeld te worden dat dit gesteund is op lage evidentie. Om zo min mogelijk pijncontingent te werken wordt taalgebruik met een negatieve connotatie in de brochure bewust vermeden: er wordt aldus nergens melding gemaakt van verboden activiteiten of sporten.

Het tweede luik van de interventie is de teaching met de collega huisartsen. De bedoeling van deze teaching is om aan de artsen het ‘praktijkprobleem’ te staven. Deze teaching wordt gebaseerd op het literatuuronderzoek alsook op de resultaten van de voormeting bij de patiënten en wordt dus verderop in deze masterproef beschreven. De teaching gebeurt a.d.h.v. een beknopte PowerPoint-presentatie (zie bijlage 1). Hierbij wordt ook de patiëntenbrochure voorgelegd en wordt er naar hun feedback gevraagd. Indien de artsen hierop aanvullingen hebben, zal zo nodig de brochure aangepast worden.

3.1.3. Nameting

Eens de teaching heeft plaatsgevonden, start een periode van drie maand waarin de artsen de aangeleerde adviezen trachten toe te passen. Hierna vindt de nameting plaats bij de patiënten.

3.1.3.1. Artsen

De voormeting bij de artsen dient als pijler om de interventie op uit te bouwen. Hun feedback over de brochure, eens deze opgesteld is, wordt bevraagd. Een nameting bij de artsen vindt niet plaats.

3.1.3.2. Patiënten

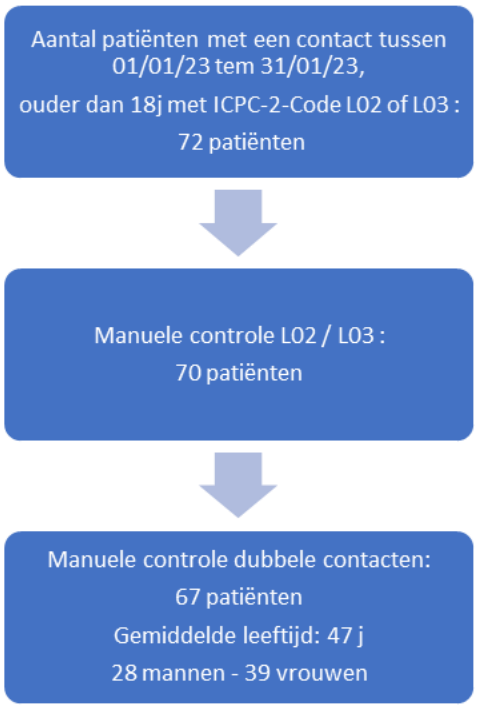
3.1.3.2.1. Rekrutering

Eens de interventie drie maanden heeft plaatsgevonden, wordt er een nieuwe audit doorlopen. Opnieuw met dezelfde inclusie- en exclusiecriteria als voordien.

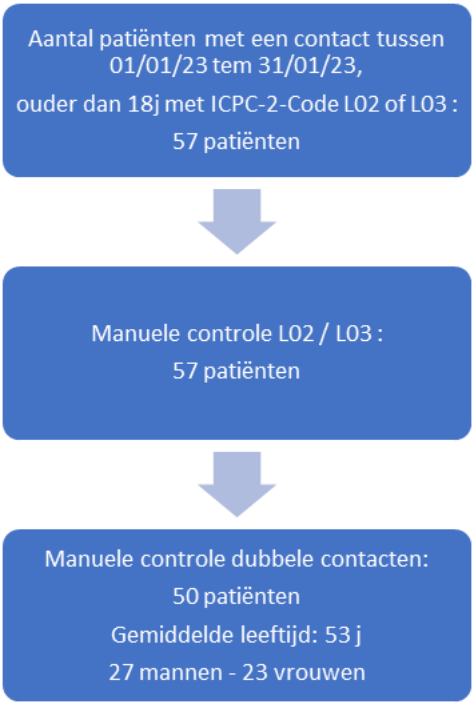
Hetzelfde protocol als bij de voormeting wordt gehanteerd. Het *informed consent* wordt opnieuw vastgelegd, zoals beschreven in 3.1.1.2.1.

In praktijk A zijn er 3 dubbele contacten, zo blijven er nog 67 patiënten over. In praktijk B zijn er 7 dubbele contacten, zodat er nog 50 patiënten overblijven. De gemiddelde leeftijd in praktijk A bedraagt 47 jaar, waarvan 28 mannen en 39 vrouwen. In praktijk B is de gemiddelde leeftijd 53 jaar, waarvan 27 mannen en 23 vrouwen (zie stroomdiagram).

Figuur 5: Stroomdiagram Praktijk A



Figuur 6: Stroomdiagram Praktijk B



3.1.3.2.2. Vragenlijst

Er gebeurt, na het uitvoeren van de interventie, een tweede bevraging aan de hand van een telefonisch semi-gestructureerd interview. Dezelfde vragen als in de voormeting komen aan bod, aangevuld met onderstaande vragen:

- Heeft de arts u een brochure meegegeven?
    - Heeft u deze brochure gelezen?
    - Was deze voor u duidelijk?
    - Had deze brochure voor u extra meerwaarde t.o.v. de consultatie bij de huisarts? Bent u hierdoor nieuwe informatie te weten gekomen die u anders niet had geweten?
    - Heeft u opmerkingen hiervoor?

Vervolgens worden de vier stellingen, dezelfde als in de voormeting, voorgelegd. *Informed consent* wordt opnieuw bemachtigd.

3.1.4. Data-analyse

Aangezien deze masterproef een praktijkverbeterend project is, zijn er geen strikte protocols die gevolgd dienen te worden voor de data-analyse.

De verwerking van de antwoorden op de vragenlijsten, zowel bij artsen als bij patiënten, bij voor- en nameting, gebeurt als volgt: er wordt per vraag een samenvatting gemaakt van de meest frequente en inhoudelijk meest bijzondere antwoorden. Deze worden gebundeld en ondersteund met quotes.

Voor de analyse van de stellingen wordt per stelling een staafdiagram opgesteld.

Als laatste worden de resultaten van de voor- en nameting bij de patiënten, zowel de interviews als de stellingen vergeleken en bediscussieerd.

Bovenstaand protocol werd ter goedkeuring voorgelegd aan het Ethisch Comité UGent. Toestemming werd verkregen op 7 maart 2022 (zie bijlage 2 en 3).

3.2. Resultaten voormeting

3.2.1. Artsen

3.2.2.1. Interview

Wat is volgens u de eerste aanpak bij klachten van acute aspecifieke lagerugpijn?

Bij de vraag wat de eerste aanpak is bij klachten van acute aspecifieke lagerugpijn vermelden nagenoeg alle artsen als eerste luik pijnstilling, waarbij als eerste keuze vaak geopteerd wordt voor een NSAID. Pas daarna komt het bewegingsadvies al dan niet aan bod. Slechts één arts brengt de bewegingsadviezen als eerste ter sprake in het beleid. Vaak blijft dit bij vage adviezen, zoals ‘relatieve rust’. Twee artsen maken spontaan geen melding van een actieve houding. Een enkele arts maakt hier ook al werk van een snelle doorverwijzing naar de kinesist, zeker bij patiënten met recidiverende lagerugpijn.

Eén arts beweert dat een diagnose, een aantoonbare oorzaak, en/of exclusie van onderliggende pathologie (een specifieke oorzaak), voor hem belangrijk is. Deze arts vindt dat medische beeldvorming soms een plaats heeft in de eerste aanpak.

Arts 4: Je moet toch zeker weten of er geen onderliggende oorzaak is. Afhankelijk van welke patiënt voor u zit stuur ik sneller door voor een scanner.

Wat verstaat u onder self-management?

Onder *self-management* verstaan de meeste artsen ziekte-inzicht. Het is belangrijk dat patiënten kennis hebben van hun klachten, van de oorzaak en van de prognose, zodat ze op een correcte zelfstandige

manier hun behandeling kunnen managen. Een arts vermeldt hier dat dit niet toepasbaar is voor de hele patiëntenpopulatie, gezien dit afhangt van de motivatie en discipline van de patiënt, alsook van diens IQ. Artsen weten dat ze hierin een belangrijke rol kunnen spelen door correcte informatieoverdracht naar de patiënt toe. *Self-management* betekent voor één arts het begrijpen van de alarmsymptomen, alsook het gebruik van pijnmedicatie om de pijn (en de pijnperceptie) te verminderen.

Arts 1: Dat patiënten de kennis en knowhow hebben om op een zelfstandige manier met hun klachten te kunnen omgaan.

Arts 2: Ik denk ook dat patiënten vaak aan overschatting doen, dat ze hun klachten erger voorstellen dan ze in werkelijkheid zijn.

Wat zijn volgens u de hindernissen voor patiënten om te bewegen tijdens een episode van lagerugpijn?

De antwoorden van de artsen over onderliggende hindernissen tot beweging zijn uiteenlopend. Angst om door beweging pijn uit te lokken en hierdoor meer schade te berokkenen, wordt frequent vermeld. Eén arts speelt hier proactief op in door middel van pijnmedicatie.

Arts 1: Ik merk dat patiënten vaak angstig zijn, angstig zijn om te bewegen, sommige patiënten zijn zo angstig dat ze denken dat ze verlamd kunnen raken. Deze weerstand is iets wat ik toch regelmatig opmerk en vaak op bots.

Arts 5: Ik zeg daarbij ook nog liever een pijnstiller en durven bewegen, dan geen pijnstilling en stokstijf in uw bed blijven liggen.

Tijdsnood was een andere hindernis die werd aangegeven. Eén arts vermeldt het intrinsieke karakter van de patiënt als hindernis zoals ‘luiheid’. Bijzonder is dat één arts verwijst naar het vlaggenprincipe van de KCE-richtlijn: deze arts ziet onder andere psychologische redenen en het bemachtigen van arbeidsongeschiktheid als hindernis en probeert hierop te interveniëren door dit verder te exploreren in het consult.

*Arts 5**:** Pijn, angst dat het door beweging zou verergeren en algemeen de gele, blauwe en zwarte vlaggen bevragen.*
Interviewer: Wat bedoel je hiermee?
Arts 5: Die vlaggen die staan opgesomd in de KCE-richtlijn. Naast de rode heb je ook nog andere kleuren, waarvan ik de belangrijkste de psychologische en arbeidsongeschiktheid vind.

Hoe probeert u de patiënt te motiveren?

Om de boodschap tot activatie kracht bij te zetten en de patiënt hiertoe te motiveren, wordt door verschillende artsen gesteund op het anatomopathologische model. Door middel van patiënteneducatie - door uitleg te geven over de anatomie, de pathologie en de link te leggen met de klachten - wordt geprobeerd het belang van de behandeling (activatie) te duiden.

Arts 1: Ik probeer hoofdzakelijk de anatomie uit te leggen en daaraan hun klachten te koppelen. Ik ben nog op zoek naar een anatomiemodel van de rug om dit beter te kunnen tonen.
Interviewer: Hoe probeer je dit dan toe te passen op patiënten met aspecifieke lagerugpijn?
Arts 1: Dit is uiteraard moeilijker. Ik probeer dit enkel te doen wanneer ik een vermoeden heb van eerder facettair- en discus lijden, of van een hernia.

Arts 6: Ik leg uit dat te veel rust net meer pijn kan geven. Ik leg daarbij dan uit dat de spieren die te zwak zijn sneller overbelast raken. Met andere woorden kunnen spierversterkende oefeningen herval dus beperken.

Opvallend is dat op bovenstaande vraag vaak de verwijzing naar de kinesist als antwoord wordt gegeven. Wanneer de intrinsieke motivatie van de patiënt niet al te hoog wordt ingeschat, wordt er sneller doorverwezen naar een kinesitherapeut. Eén arts geeft hier als reden op dat het consult bij de huisarts te beperkt is in tijd om de patiënt maximaal te kunnen motiveren.

Arts 2: Hangt dus af van het type patiënt. Wanneer ik merk dat de motivatie bij de patiënt al niet denderend is, zal ik sneller doorsturen naar een kinesist om oefeningen te laten doen onder begeleiding.

Arts 4: Ik stuur wel eens door naar de kine of chiropractor. Wanneer ze daar verschillende keren langsgaan en moeten oefenen, dringt het besef sneller door. Je kan patiënten wel zeggen wat ze moeten doen en niet meer mogen doen, maar hen echt motiveren en richting geven is quasi niet mogelijk op het tijdsbestek van één consult.

In de poging om patiënten meer praktische adviezen mee te geven wordt er soms gebruikgemaakt van een communicatiestijl met een eerder afremmende connotatie. Anderzijds wordt een motiverende communicatiestijl niet actief vermeld (of worden er geen voorbeelden genoemd). Toch geeft één arts aan dat een goede empathische anamnese met grondig klinisch onderzoek de patiënt kan motiveren, omdat de patiënt zo het gevoel dat zijn klachten aanhoord worden.

Arts 3: Men moet letten op een correcte houding, niet te zwaar gaan heffen en tillen.

Arts 3: Ik leg uit dat ze normale bewegingen moeten blijven doen. Bij jongere mensen die er toe in staat zijn, raad ik aan om te wandelen, te fietsen of te zwemmen. Ik raad hen af om te fitnessen of andere intensieve sporten te doen. Ook zwaar belastende taken binnenshuis of tuinieren raad ik af om te doen.

Hoe vult u het advies tot actief blijven in bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn?

Veel artsen geven vage, weinig inhoudelijke, adviezen mee aan de patiënt. Vaak voorkomende citaten zijn onder andere *'in beweging blijven'* en *'rust mijden'*. Eén arts zegt om zo veel mogelijk *'te blijven bewegen binnen de pijngrenzen'*. Een enkeling geeft in deze context aan dat het aanbevolen wordt aan het werk te blijven.

De helft van de ondervraagde artsen probeert deze adviezen verder te specificeren. Zo komt wisselhouding aan bod: er wordt aangeraden om *regelmatig te gaan rechtstaan.* Lichaamsbeweging wordt door artsen aangeraden in de vorm van wandelen. Eén arts stelt soms samen met de patiënt een specifiek bewegingsplan op, betreft wandelen. Een andere arts bekijkt met de patiënt wat er momenteel nog mogelijk is en geeft advies om dit de volgende dagen uit te breiden. Slechts één arts maakt melding van andere vormen van lichaamsbeweging (fietsen en zwemmen). Restrictieve communicatie wordt frequent gebruikt als het gaat over intensieve sporten of belastende taken.

Arts 3: Ik kijk naar wie er voor mij zit en ik schat in wat de patiënt al kan. Bijvoorbeeld bij oudere minder mobiele mensen raad ik aan om een kwartier per dag buiten te gaan wandelen. Indien ok en geen last moeten ze dit daags nadien opdrijven tot dertig minuten. Dit is natte vingerwerk, maar op deze manier hebben ze wel iets concreets.

Arts 5: Ik vertel zoals hiernet gezegd over relatieve rust. Ik pas dat vaak praktisch toe: bijvoorbeeld vandaag wandelt u een beetje rond in huis, niet de hele tijd in uw bed blijven liggen, morgen een beetje meer proberen, je mag gerust al eens een langere wandeling buitenhuis gaan maken, de dag nadien nog wat meer. Met andere woorden, je voelt zelf aan wat u kan en niet kan op pijngeleiding, maar elke dag een beetje meer zodat er vooruitgang is.

De meerderheid der artsen doen beroep op de kinesitherapeut, hoofdzakelijk met de intentie om oefentherapie toe te passen, alsook om de motivatie van de patiënt te versterken. Eén enkele arts geeft de patiënt instructies mee om thuisoefeningen te doen.

Arts 2: Ik stuur ook heel vaak door naar de kinesist, waarbij ik op voorschrift wel duidelijk vermeld dat het voor oefeningen is.

Arts 3: Met rugoefeningen. Die google ik vaak en geef ik hen zo mee. Ik toon ook sommige oefeningen zoals de superman oefening.

Arts 5: Ik geef dan kiné of uitgeprinte rugoefeningen mee. Eerder bij patiënten die recidiverende rugpijn hebben of aanhoudende lagerugpijn, dus niet bij week één van acute rugpijn.

3.2.2.2. Stellingen

Uit de stellingen wordt opgemerkt dat artsen beweging tijdens een episode van acute lagerugpijn zeer belangrijk vinden. Weinig artsen stellen echter samen met de patiënt een bewegingsplan op. Het merendeel van de artsen verwijst hun patiënten tijdens een episode van acute lagerugpijn ook door naar een kinesitherapeut. Om meer duiding en ziekte-inzicht te geven vinden artsen het eveneens belangrijk om voldoende uitleg over de anatomie en de aandoening te geven aan de patiënt (cfr. anatomopathologische model). De histogrammen per vraag bevinden zich in bijlage 4.

3.2.2. Patiënten

3.2.2.1. Interview

Kennis van alarmsymptomen

De meerderheid van de patiënten is niet op de hoogte van de alarmsymptomen bij acute lagerugpijn. Enerzijds omdat het volgens de patiënt niet vermeld werd door de arts, anderzijds doordat het niet onthouden werd en onmogelijk te reproduceren was tijdens het interview.

Patiënt 4: Neen, hier werd niets over gezegd denk ik.

Patiënt 17: Ik denk het wel, maar ik weet het niet meer.

Een kleine groep geeft foutieve alarmsymptomen op. Zo geven enkele patiënten *'tintelingen in de benen'* als enige antwoord. Volgens een enkeling is *'als de pijn blijft duren*' een alarmsymptoom. Aangezien de (correcte) alarmsymptomen vaak niet worden opgepikt uit het consult bij de arts, wordt er gemerkt dat patiënten foutief geïnformeerd worden door andere bronnen.

Patiënt 7: Nee de arts heeft hier niks over gezegd. Wel door de chiropractor: wanneer ik tintelingen zou krijgen in de benen moest ik terugkomen.

Een minderheid van de patiënten is wel op de hoogte van de belangrijkste alarmsymptomen, één enkele patiënt weet ze zo goed als allemaal correct te reproduceren.

Patiënt 12: Dat was krachtsverlies in de benen, pijn in de liezen en toename van de pijn en tintelingen.

Informatieoverdracht arts - patiënt

Er werd gepeild naar het ziekte-inzicht, zowel op vlak van etiologie als prognose, omdat kennis hiervan noodzakelijk is om *self-management* te kunnen toepassen.

Veel patiënten hebben het gevoel van goed geïnformeerd te zijn. Dat gevoel kan onder andere verklaard worden door een goede arts-patiënt relatie en door te steunen op het anatomopathologische model. Dit impliceert echter niet dat de verworven informatie steeds correct is.

Patiënt 7: Ja de rugpijn kwam doordat mijn spieren overspannen waren, en dit zorgde ook voor scheefstand van mijn bekken.

Patiënt 11: Ja, dat wel, ik ben goed onderzocht en nagecheckt, dat vond ik wel uniek. Zeker in deze tijd.

Patiënt 12: Ze hebben mij een foto getoond van hoe de rug in elkaar steekt op het scherm.

De patiënten die het gevoel hebben niet voldoende geïnformeerd te zijn, geven verschillende redenen aan. Zo wordt er volgens enkele patiënten geen verdere uitleg gegeven door de behandelend arts over het beloop van lagerugpijn, of zijn ze dit ondertussen vergeten.

Patiënt 6: Eerst wel, maar de pijn bleef duren en er kon me niet verteld worden hoe dit kwam, dus daar maakte ik me wel zorgen in hoor.

Zo geeft één patiënt aan voldoende geïnformeerd te zijn, dit door opgebouwde ervaring. Aldus heeft de arts geen extra informatie gegeven.

Patiënt 18: Ja, maar ik had vermeld aan de dokter dat ik al veel rugklachten heb gehad vroeger en ik dus al zelf genoeg wist. Daarmee dat daar niet veel meer over gezegd is.

Welke adviezen of informatie worden verkregen door de patiënt?

Wanneer er gevraagd wordt welke behandeling voorgesteld werd door de arts, valt op dat patiënten zich meteen richten op het medicamenteuze luik. De voorgeschreven medicatie is het eerste wat patiënten zich kunnen herinneren als voorgestelde behandeling.

Patiënt 11: Er werd mij die pillekes Diclofenac voorgeschreven de eerste keer. Na vier dagen ben ik terug geweest omdat het niet overging, en dan werd mij verteld dat ik Dafalgan moest bijnemen en Diclofenac de week uitnemen. En na drie dagen is dat daar stillekes uitgegaan en weggebleven, tot nu toe.

Verwijzing naar de kinesitherapeut wordt frequent vernoemd. Wanneer doorgevraagd wordt naar de reden van deze (snelle) doorverwijzing wordt er gezien dat dit voornamelijk is ter stimulering van activiteit, eventueel met behulp van oefentherapie.

Patiënt 14: Kinesist heb ik gedaan, dat heeft mij eigenlijk wel geholpen, ik heb daar oefeningen gedaan. Ik moest zo van de kinesist ook oefeningen doen op mijn bed, als ik 's morgens opstond. Dat heeft mij wel goed geholpen.

Indien niet spontaan door de patiënt vermeld, wordt er verder doorgevraagd of de arts iets zei over bedrust en beweging. Het beleid rondom activatie kan door sommige patiënten vaag benoemd worden in algemene adviezen zoals: 'blijf in beweging', 'vermijd stilzitten', 'vermijd bedrust' of 'het rustig aandoen'. Deze laatste drie adviezen getuigen eerder van een inhiberende communicatiestijl.

Patiënt 3: Ik moest het rustig aan doen om niks te forceren en letten op mijn pijn.

Patiënt 5: Ik diende stilzitten te vermijden. Ik merkte ook dat bewegen beter was tegen de pijn.

Patiënt 10: Het is best om in beweging te blijven, gezien dit een positieve invloed zou hebben voor het herstel.

Patiënt 15: Een beetje rusten maar veel bewegen, want te veel rust is ook niet goed voor de rug, je moet in beweging blijven, dat hebben ze mij gegeven van advies.

Een deel kan meer specifieke adviezen opsommen die betrekking hebben tot wisselhouding, houdingsadviezen, het leren doseren van activiteiten, luisteren naar pijnsignalen en het beoefenen van

laaggradige fysieke aerobe activiteiten. Hierbij wordt wandelen het meest frequent opgesomd. Zwemmen als bewegingstip wordt door één patiënt onthouden.

Patiënt 2: Er werden me tips gegeven over mijn houding, dat ik door mijn knieën dien te buigen in plaats van voorover te bukken.

Patiënt 13: Heel veel wandelen, niet veel stilzitten, vroeger was het rusten, maar rust roest, dus ik mocht bewegen binnen de pijngrens uiteraard.

Patiënt 14: Ja, anders leren tillen enzo, meer door de knieën gaan en heffen enzo, zulke dingen.

Patiënt 19: Ja, wandelen, zwemmen een beetje sporten, maar dan niet te intensief.

Verschillende patiënten geven echter aan totaal geen bewegingsadvies gekregen te hebben. Eén patiënt beweert dat dit komt omdat hij naar eigen zeggen reeds over voldoende voorkennis beschikte en dit ook zo had meegedeeld aan de arts.

Patiënt 4: Daar heb ik niks over gehoord.
Interviewer: Heeft de arts niets specifiek gezegd over actief te blijven, over beweging, over wandelen...?
Patiënt 4: Neen helemaal niks.

Patiënt 11: Ik had natuurlijk wel al uitgelegd dat ik veel aan sport doe en alles en dat vond de dokter al goed, en voor te bewegen enzo.

Wat hebben de patiënten gedaan?

Vervolgens wordt er gepeild naar wat de patiënt effectief gedaan heeft met deze adviezen. Er wordt gekeken naar zowel werk als vrijetijdsbesteding.

Ongeveer de helft van de patiënten staken hun werkactiviteiten. De twee voornaamste redenen hiervoor zijn het beoefenen van een job met fysieke vereisten alsook de factor pijn die het beoefenen van hun job niet toelaat.

Patiënt 1: Ik ben tijdelijk gestopt met werken, omdat ik inpakker ben van beroep en soms zwaardere pakketten moet opheffen.

Patiënt 7: Ik ben efkes thuisgebleven. Ik heb een administratieve job en tien uur lang stilzitten leek me geen goed idee.

Een minderheid bleef aan het werk, al dan niet mits ergonomische aanpassingen. Voor een laatste groep van patiënten was arbeidsongeschiktheid geen kwestie omwille van pensioen of invaliditeit.

Patiënt 5: Ik ben blijven werken. Ik heb wel een fysieke job. Op het werk heb ik opgelet en geen paletten opgepakt, wat ik normaal wel doe.

Patiënt 10: Ik heb een bureaujob en zit dus dagelijks lang neer. Ik ben wel meer beginnen letten op de houding die ik aanneem op mijne bureaustoel. Ik ging geregeld ook is rechtstaan en een paar stappen zetten.

Er wordt bekeken of deze trend van inactiviteit verder doorgetrokken wordt naar activiteiten in ADL of vrijetijdsbesteding. Er wordt een gelijkaardige indeling opgemerkt. Een minderheid behoort tot de categorie 'staken of verminderen'.

Patiënt 2: Ik heb meer gerust op de momenten dat ik pijn had.

Patiënt 4: Ik ben even gestopt met paardrijden
Interviewer: Waarom?
Patiënt 4: Door de pijn leek het me beter te stoppen.

Patiënt 15: Ja dat lukt, als ik begin vermoeid te worden dan rust ik een beetje.

Tot de volgende categorie behoren patiënten die hun activiteiten kunnen doorzetten, eventueel met aanpassingen. Wat dus opvalt in verband met het continueren van sportactiviteiten is dat wandelen voornamelijk aan bod komt. Tuinieren en fietsen worden eveneens vernoemd. Bij één patiënt werd de ADL aangepast door gebruik van hulpmiddelen.

Patiënt 10: Ik let meer op de houding die ik aanneem voor mijn rug. Ik ben momenteel bezig met het renoveren van mijn huis. Zware zaken heffen en bruuske bewegingen probeer ik echt te vermijden.

Patiënt 11: Wandelen en fietsen, ja ik ben blijven bewegen, ik heb niet stilgezeten.

Patiënt 14: Wandelen en in den hof werken, dat blijf ik altijd doen.

Patiënt 20: Ja in huis doe ik wat minder, ik heb zowat hulpmiddelen gekocht. Bijvoorbeeld niet meer dweilen met nen dweil dat ge moet uitwringen en op de grond, da's nu een beetje hoger.

De laatste categorie, waar slechts een kleine minderheid van de patiënten toe behoort, gaat over het ‘uitbreiden van activiteiten’. Een enkeling deed thuis zelfstandige oefeningen. Een andere patiënt was op eigen initiatief gestart met wandelen volgens een zelfopgesteld wandelschema.

Patiënt 1: Ik heb geen advies meegekregen. Ik ben gewoon gestart met wandelen. Men zegt immers dat rust roest. Ik ben gestart met 10 minuutjes, en dit opgedreven tot 30 minuten.
Interviewer: Hoe wist je hoe je dit diende op te bouwen? Heeft de arts jou dit meegedeeld? Is wandelen een activiteit die je op andere (pijnvrije) momenten ook doet?
Patiënt 1: Neen. Ik heb dit op eigen initiatief gedaan en geleidelijk aan de duur van de wandelingen wat uitgebouwd. Wandelen is iets wat ik soms doe in het weekend, maar zeker niet zo vaak dan dat ik het toen heb gedaan.

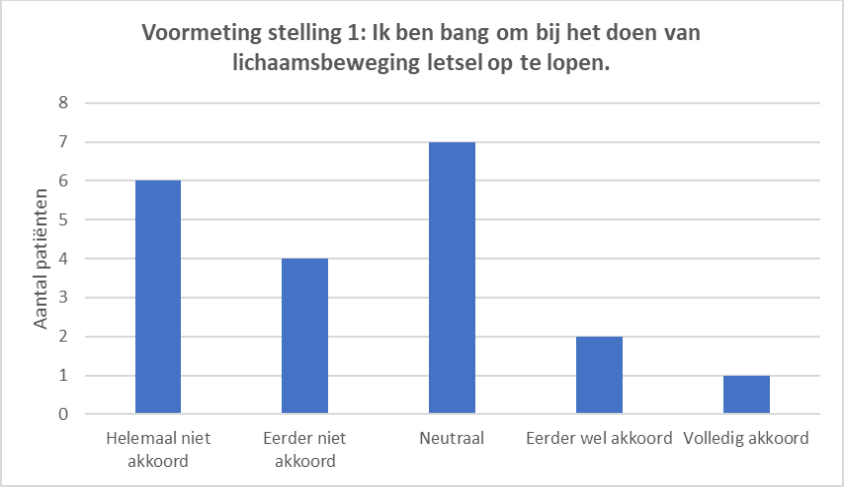
Patiënt 5: Ik ben mijn rugoefeningen die ik destijds heb gekregen van de kinesist (tijdens episode van sciatique) terug meer beginnen uitvoeren. Ik heb ook geprobeerd om terug wat meer te fietsen.

Patiënt 7: Ik ben gestart met wandelen. Dit was in het begin wel moeilijk hoor: zelfs gewoon het blokske rond ging niet door de pijn.

3.2.2.2. Stellingen

Stelling 1: Ik ben bang om bij het doen van lichaamsbeweging letsel op te lopen.

We zien een tendens naar een linksscheve verdeling in de resultaten. Patiënten zijn eerder niet akkoord dat ze bang zijn om bij het doen van lichaamsbeweging letsel op te lopen.



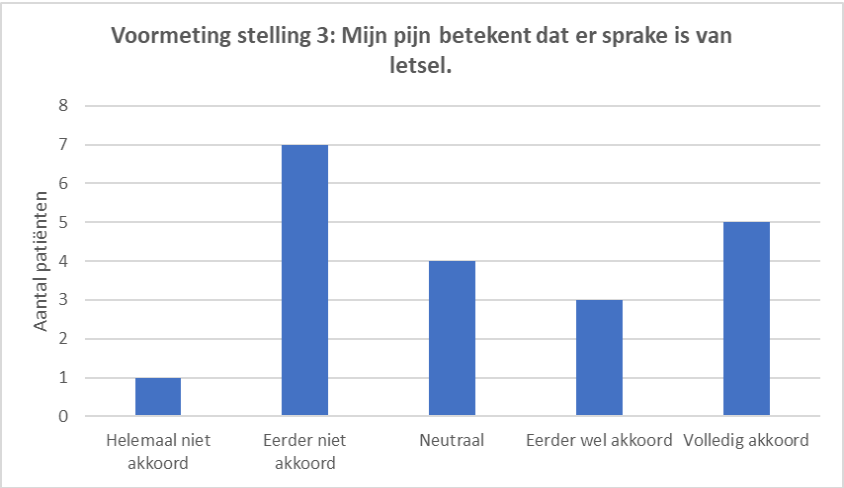
Stelling 2: Als ik me over de pijn heen zou zetten, dan zou hij erger worden.

De antwoorden liggen verspreid. Er kan geen eenduidige conclusie gemaakt worden over deze stelling.



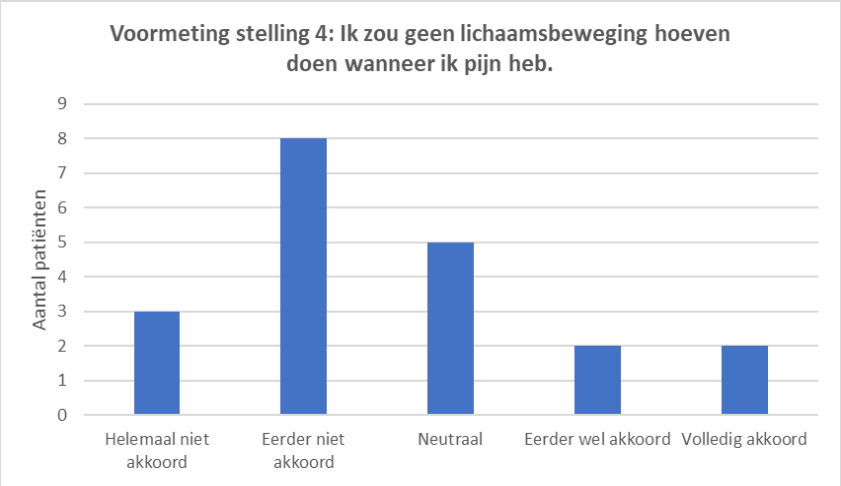
Stelling 3: Mijn pijn betekent dat er sprake is van letsel.

De antwoorden liggen verspreid. Er kan geen eenduidige conclusie gemaakt worden over deze stelling.



Stelling 4: Ik zou geen lichaamsbeweging hoeven doen wanneer ik pijn heb.

We zien een tendens naar een linksscheve verdeling in de resultaten. Patiënten zijn eerder niet akkoord dat ze geen lichaamsbeweging zouden hoeven doen wanneer ze pijn hebben.



Patiënten zien eerder wel in dat ze actief moeten blijven en dat ze aan lichaamsbeweging moeten doen tijdens een episode van lagerugpijn. Ze beweren hier eerder geen angst te hebben om letsel op te lopen door het uitvoeren van lichaamsbeweging. Over de stellingen 2 en 3 (stellingen zonder link met beweging), is het antwoord minder eenduidig.

3.3. Ontwikkelen teaching

Na het opstellen van de patiëntenbrochure en het uitvoeren van de voormeting, vindt er een teaching bij de collega-huisartsen plaats. Eerst worden de voornaamste bevindingen uit de literatuurstudie besproken, waarbij de focus wordt gelegd op de niet-medicamenteuze behandeling van lagerugpijn. Vervolgens wordt het doel en de doelgroep van dit praktijkverbeterend project uitgelegd: er wordt getracht om patiënten met acute aspecifieke lagerugpijn te stimuleren om actief te blijven. Indien de arts dan ook van mening is dat er een andere oorzaak is van de rugpijn, of dat er verdere diagnostiek dient te gebeuren naar een van deze oorzaken van rugpijn, stopt het traject alhier. De patiënt zal in het EMD bij diagnose een andere codering krijgen dan aspecifieke lagerugpijn en wordt bijgevolg niet geïncludeerd in het praktijkverbeterend project. Nadien komen de resultaten van de voormeting, van zowel artsen als patiënten, aan bod:

Artsen: het belang van de patiënt te informeren, meestal d.m.v. anatomopathologische uitleg. Het belang van alarmsymptomen mee te delen. Het belang van beweging en het vermijden van bedrust, doch wordt er zelden samen met de patiënt een bewegingsplan opgesteld. Hierdoor ontstaat vaak de snelle doorverwijzing naar de kinesist, met specifieke vraag voor oefentherapie.

Patiënten: Alarmsymptomen worden onvoldoende begrepen en/of onthouden. Aanwezigheid van kinesiofobie, waarbij pijn als merker voor schade wordt aanzien. De focus ligt vaak op het medicamenteuze aspect. Onthouden vaak wat ze niet mogen doen (vb. niet tillen, geen fysiek werk...).

Op basis van deze bevindingen wordt de koppeling gemaakt naar de literatuur.

Er wordt gewezen op kinesiofobie, wat de grootste drempel tot activatie is. De artsen worden attent gemaakt op hun communicatiestijl: taalgebruik met een inhiberende connotatie dient best vermeden te worden. Er wordt tevens een alternatief gegeven voor de anatomopathologische uitleg waar artsen vaak op steunen. Hiervoor wordt verwezen naar de klinische richtlijn van NHG, welke het volgende suggereert:

"Je moet de rug aanschouwen als een complex geheel van verschillende structuren (botten, spieren ligamenten,…) die optimaal moeten samenwerken. Op sommige momenten loopt deze samenwerking niet optimaal. Dit wil niet zeggen dat er daardoor structurele schade is opgetreden. Het zorgt wel vaak voor tijdelijke pijn en bewegingsbeperking." (1)

Vervolgens worden er suggesties gedaan hoe men precies een patiënt kan stimuleren om actief te blijven. Bedrust dient vermeden te worden, wisselhouding kan aangeraden worden, stimuleer om huidige activiteiten verder te zetten (werk/privé), zoek een vorm van lichaamsbeweging die je kan beoefenen (idealiter 30 minuten, beweging dagdagelijks), suggesties die de arts kan doen, zijn onder andere de volgende activiteiten: zwemmen, yoga, pilates, wandelen, lopen, tuinieren.

Er wordt aan de artsen verzekerd dat ze hun gehele consultvoering, waaronder anamnese en klinisch onderzoek, kunnen blijven uitvoeren zoals voorheen. Aan het einde van de presentatie wordt echter gevraagd om tijdens de consultvoering, bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn, te letten op de volgende drie kernpunten:

1. Het belang van alarmsymptomen duidelijk mee te delen. Deze worden immers niet voldoende begrepen en onthouden door patiënten.
2. Opletten met het anatomopathologische verklaringsmodel alsook met taalgebruik met een inhiberende connotatie, gezien dit kinesiofobie in stand houdt.
3. De focus in eerste instantie te leggen op het advies om actief te blijven en indien mogelijk een bewegingsplan op te stellen, nadien pas overgaan tot het medicamenteuze beleid.

De gehele literatuurstudie wordt bezorgd aan de artsen, het staat hen vrij om deze door te nemen indien gewenst.

Vervolgens wordt de patiëntenbrochure voorgelegd aan de artsen. Deze wordt in detail overlopen. Aan het eind wordt hun opinie hierover gevraagd. Op basis van de verkregen feedback zijn er uiteindelijk twee patiëntenbrochures in gebruik. Deze finale versies bevinden zich in de bijlagen. In praktijk A, werd bijlage 5 gebruikt. In praktijk B, werd bijlage 6 gebruikt.

Als laatste wordt de opdracht gegeven om, wanneer de brochure wordt meegegeven aan de patiënt, hiervan een nota te maken in het EMD.

3.4. Resultaten nameting patiënten

3.4.1. Interview

Kennis van alarmsymptomen

De meerderheid van de ondervraagde patiënten kan geen correct antwoord geven op de vraag omtrent alarmsymptomen. Van deze groep patiënten kan de helft de alarmsymptomen zich niet herinneren. Eén patiënt beweert dat deze niet vermeld zijn in het consult.

Patiënt 11: Ja, als ik geen gevoel meer heb in mijn been.
Interviewer: zijn er nog andere alarmsymptomen?
Patiënt 11: Nee eigenlijk niet, de dokter zei dat het aspecifieke rugklachten waren.

Patiënt 16: Als ik er terug last in begon te krijgen, ook mocht het na een paar dagen niet beter zijn en de verrekking zou toenemen.

Een minderheid van de patiënten kan wel een correct antwoord geven en één of enkele alarmsymptomen opsommen. Hierbij wordt er opgemerkt dat één patiënt een praktische invulling kan geven hoe het alarmsymptoom ‘krachtverlies’ te controleren. Eén enkele patiënt geeft zadelanesthesie op als alarmsymptoom.

Patiënt 2: Ja, dit stond in de folder en dat werd ook overlopen tijdens de raadpleging.
Interviewer: Wat zijn deze?
Patiënt 2: Ik dacht dat ik vooral moest letten op minder kracht in de benen en ook iets van een raar gevoel tussen mijn billen.

Patiënt 12: Niet kunnen steunen op tippen en hielen, krachtsvermindering benen, verder niets.

Informatieoverdracht arts-patiënt

Op de vraag wat de patiënt van de arts vernomen heeft, vermeldt een minderheid van de patiënten medicatie als een van de behandelingswijzen. Daarentegen herinneren patiënten beter het bewegingsadvies dat meegegeven werd door de arts. Iedereen, op één iemand na, geeft aan dat ze het advies hebben gekregen om actief te blijven tijdens hun episode met lagerugpijn. Deze bewegingsadviezen kunnen opgesplitst worden in algemene en meer specifieke adviezen. De algemene adviezen beperken zich tot activerende begrippen zoals 'blijf bewegen' alsook tot restrictieve adviezen zoals 'niet te lang stilzitten'.

Patiënt 1: Ik mocht niet te veel gaan zitten, moest regelmatig rechtstaan en mijn lijf in beweging houden.

Patiënt 2: Ik moest blijven bewegen en aanvoelen hoeveel mijn rug aankan, maar mocht zeker niet te veel rusten en stilzitten.

De onderliggende reden om actief te blijven wordt door sommige patiënten ook begrepen en aangehaald, zoals patiënt 12 aangeeft:

Patiënt 12: Ja, meer bewegen was het advies want als je minder beweegt krijg je meer last en duurt het langer te genezen.

Bij sommige patiënten worden meer praktische voorstellen gedaan door de arts. Wandelen wordt het meest voorgesteld. Daarnaast komt ook fietsen en zwemmen aan bod. Er worden ook restrictieve adviezen meegegeven aan patiënten.

Patiënt 5: Ik moet opletten met te zwaar te heffen en te tillen.

Patiënt 7: Jazeker, wandelen en fietsen. Geen andere sporten.

Patiënt 13: Veel bewegen, niet blijven stilzitten, bijvoorbeeld wandelen. Fietsen en zwemmen werden ook aangeraden.

Patiënt 16: Vooral voor kiné te doen ofwel om fitness te doen.

Slechts een minderheid werd doorverwezen naar een kinesitherapeut. Eén patiënt ging op eigen initiatief naar een chiropractor.

Patiëntenbrochure

Er wordt gevraagd of ze de folder hebben gekregen en of ze deze hebben gelezen. Vijf patiënten hebben de folder niet doorgenomen. Hiervan beweren twee patiënten dat ze de folder niet hebben ontvangen (wat incorrect is, gezien er wel melding van is gemaakt in het medisch dossier). Wanneer er wordt doorgevraagd waarom ze de folder niet hebben gelezen, vermelden twee patiënten dat de pijn al snel verdwenen was, de overige konden inhoudelijk geen concreet antwoord geven.

Patiënt 3: Neen niet echt, na twee dagen was het toch over.

Patiënt 8: Nee heb ik niet meer gelezen.
Interviewer: Waarom?
Patiënt 8: Euh nee ja ik heb die gewoon laten liggen.

Patiënt 19: Ja, ik heb ze gekregen maar niet gelezen, ik heb er eigenlijk nog geen tijd voor gehad.

De overige patiënten beweren de brochure wel ontvangen en gelezen te hebben. Zij die de brochure geen meerwaarde vinden, vermelden dat dit komt door over voldoende voorkennis te beschikken. Voorafgaande episodes van lagerugpijn en reeds goed geïnformeerd te zijn door (online) opzoekwerk zijn enkele redenen hiervoor. De uitleg die verschaft werd door de arts in het consult, gaf voldoende informatie aan enkele patiënten.

Patiënt 1: Ja, ik heb deze wel doorgenomen en was duidelijk, al wist ik al door het consult dat ik meer moest bewegen.

Patiënt 11: Nee, want het eerste heb ik al eens gelezen of gehoord of heeft de dokter verteld, er stond niets nieuws in. Voor sommige mensen is dit misschien wel een meerwaarde, maar voor mij niet. Ik wist er al veel over omdat ik er online al over gelezen heb.

Patiënt 14: Euh, ik denk van wel als je daar de eerste keer mee geconfronteerd wordt. Als je dat al meermaals gehad hebt dan weet je het wel.

Door de meerderheid van de ondervraagde patiënten wordt de brochure wel als een meerwaarde beschouwd. Zo geven twee patiënten spontaan aan dat hun perceptie over de aanpak van lagerugpijn veranderd is ten opzichte van vroeger, dit dankzij de folder. Sommige patiënten bewaren de folder voor later, verspreiden deze bij kennissen die eveneens last hebben van lagerugpijn, of nemen deze mee naar hun behandelend kinesist.

Patiënt 2: Ik dacht vroeger dat ik moet rusten tijdens rugpijn maar nu weet ik dus dat ik juist niet te veel mag stilzitten.

Patiënt 4: Ja hoor, ik vond die folder echt wel een meerwaarde. Ik heb die achteraf thuis ook gelezen. Als een mens pijn heeft, denkt hij toch dat hij meer moet rusten, maar nu weet ik echt wel dat dat niet zo is. Dat was nieuw.

Patiënt 10: Ik heb ze hier nog liggen in een schuif en ik ga ze nog eens doornemen wanneer ik opnieuw meer last zou hebben.

Patiënt 15: Ja hoor het was zeer informatief. Ik heb het zelf aan mijn vrouw laten lezen die ook sukkelt met hare rug.

Patiënt 17: Jazeker, die was duidelijk, ik heb ze meegenomen naar de kiné ook.
Interviewer: Wat vond de kiné hiervan?
Patiënt 17: Ze vond het goed, ze vond het belangrijk dat ik bleef bewegen voor mijn spieren.

Patiënten geven, met betrekking tot de behandeling van lagerugpijn, meer proactief de plaats van beweging en actief blijven aan. Opvallend is dat geen enkele patiënt zijn klachten verklaart op basis van het anatomopathologische model. Af en toe werd de brochure reeds tijdens de consultatie, samen met de patiënt, overlopen. Dit ter bekrachtiging van de gegeven informatie.

Patiënt 2: Ja, die alarmsymptomen stonden in de folder en dat werd ook overlopen tijdens de raadpleging.

De brochure wordt algemeen duidelijk en overzichtelijk bevonden. Echter werden er twee bewegingsadviezen als raar en niet haalbaar bevonden.

Patiënt 4: Voetballen vond ik wel raar, want dat zou niet gegaan zijn hoor.

Patiënt 20: Juist dat joggen ging niet gaan hoor.

Wat hebben de patiënten gedaan?

Finaal wordt er gekeken wat de patiënt gedaan heeft met de verkregen adviezen en informatie.

Als eerste wordt er gekeken naar arbeidsongeschiktheid. Er wordt een evenredige verdeling in antwoorden opgemerkt. Bij ongeveer een derde van de patiënten is arbeidsongeschiktheid niet van toepassing (pensioen, invaliditeit). Een ander derde is gestopt met de werkactiviteiten, dit wegens fysieke redenen. Het overige derde is blijven doorwerken.

Het merendeel van de ondervraagde patiënten gaat, al dan niet mits kleine aanpassingen, door met zijn dagelijkse (huishoudelijke) activiteiten. Patiënten die aanvankelijk geen kleine taken binnenshuis uitvoeren, zijn hier ook niet mee gestart.

Patiënt 2: Bij het kuisen heb ik een trapladder gebruikt om mijn emmers water op te zetten en heb ik meer gelet om door mijn benen te gaan en zo.

Patiënt 3: Ik heb het twee dagen wat rustiger aangepakt maar ben thuis wel blijven verder doen en met de kinderen bezig geweest. Ik merkte dat de pijn weg was na twee dagen.

Patiënt 13: In het begin heb ik de huishoudelijke taken aangepast omdat ik niet kon bukken of kon draaien. Ik moest zien hoe ik mij moest draaien, dus echt op het gemak.

Patiënt 20: Ja ze, taken in huis ben ik blijven doen, gelijk de vaatwasser vullen. Veel meer deed ik vroeger ook niet (lacht).

Een enkeling gaf aan dat huishoudelijke taken te zwaar waren en nam hierdoor een restrictieve houding aan.

Patiënt 14: De eerste tien dagen heb ik moeten minderen, Ik kon me moeilijk bukken en rechtstaan deed pijn, wat moeilijk was dan om bijvoorbeeld iets in een lage kast te steken.

Eén patiënt geeft aan in de folder gelezen te hebben dat het uitvoeren van dagelijkse taken, zoals poetsen en stofzuigen, toegestaan is tijdens een episode van lagerugpijn. Dit verminderde haar kinesiofobie en liet haar toe te exploreren in welke mate ze deze taken kon uitvoeren.

Patiënt 4: Op die folder stond ook vermeld dat ik zoveel mogelijk moest doordoen met alle huishoudelijke activiteiten en moest wandelen en zelfs mocht voetballen.
Interviewer: Ben je dit ook blijven doen?
Patiënt 4: Ja hoor, ik ben zoveel als mogelijk alles blijven doordoen, ook van dingen in huis. Sommige dingen merkte ik wel dat het moeilijker ging zoals stofzuigen en daar ben ik dan ook mee gestopt.

Een behoorlijk deel gaat verder met hun lichaamsbeweging zoals voorheen, waarbij opnieuw wandelen als meest uitgevoerde activiteit naar voren komt.

Patiënt 11: Wandelen deed ik al, bij slecht weer zit ik wel op mijn hometrainer.

Een klein aantal breidt hun activiteiten zelfs uit ten opzichte van voorheen, door te starten met voor hen nieuwe vormen van lichaamsbeweging. Hierbij zien we ook iets meer diversiteit in de antwoorden, zoals dansen en fitness. Dit zijn voorbeelden die niet door de arts werden meegedeeld, maar wel in de folder vermeld staan.

Patiënt 4: Toen de pijn iets beter was, ben ik gestart met dansen en ik merkte snel dat dit terug ging. Ik merkte ook echt wel dat het beter ging met bewegen.

Patiënt 6: Ik probeer wel meer te bewegen omdat ik terug aan het werk wil en da zijn dan dagen van negen uur.
Interviewer: Hoe probeer je deze beweging dan toe te passen?
Patiënt 6: Wel door te wandelen, dat probeer ik te doen. Ook buikspieroefeningen, allé he noem je dat, sit-ups, daar merk ik wel dat het wat mee betert. Ik neem ook vaker de fiets, voor naar Lokeren te gaan en terug.
Interviewer: Waren dit dingen die je vroeger ook deed?
Patiënt 6: (lacht) Nee ik doe da echt nu specifiek voor mijn rugpijn, anders zou ik den auto nemen hoor. Bij het wandelen heb ik wel al is voorgehad dat ik zover was na één uur dat ik niet meer verder kon en mijn vriendin me moest komen halen.

Patiënt 12: Ja, ik ben blijven stappen. Ik kwam zelfs naar de dokter met de fiets. Ik merkte dan beterschap dus ik fietste en wandelde veel.

Patiënt 14: Ja, vooral wandelen, ik ben ook naar de fitness gegaan, maar dat was te zwaar en dan ben ik naar de kiné gegaan en dan vooral wandelen.

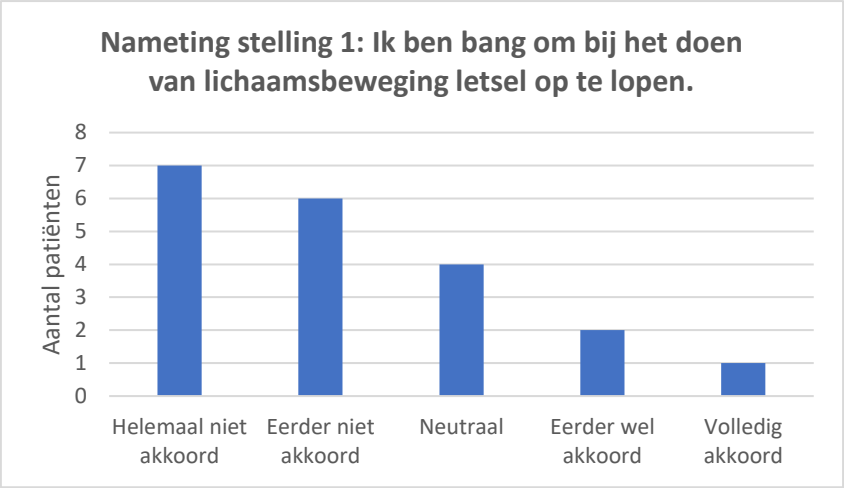
Patiënt 16: Daardoor ben ik wel beginnen fitnessen.
Interviewer: Wat heb je daar gedaan?
Patiënt 16: Met een personal trainer van de fitness oefeningen voor de rug beginnen doen.

Patiënt 20: Het blokje rond, nekeer naar den dijk gaan wandelen, maar ik merk toch duidelijk de verbetering als ik beweeg. Sommige bewegingen zijn nog wat stroef bij lang stilzitten dus ik wandel veel.

3.4.2. Stellingen

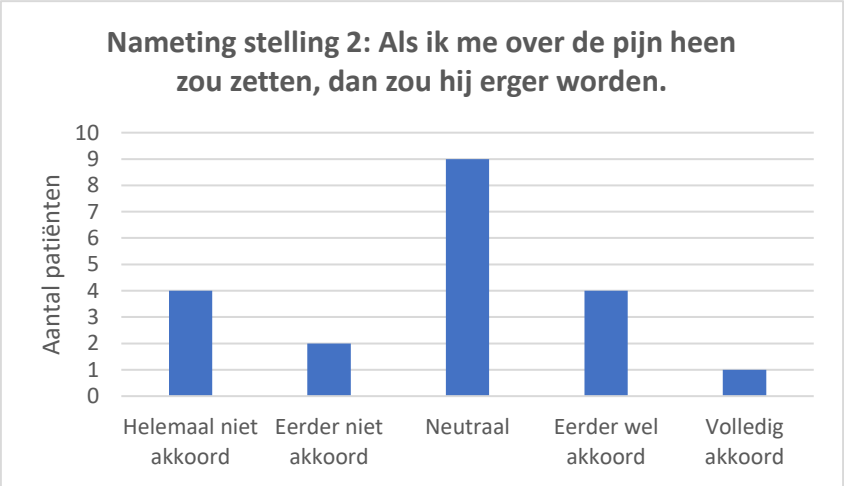
Stelling 1: Ik ben bang om bij het doen van lichaamsbeweging letsel op te lopen.

We zien een tendens naar een linksscheve verdeling in de resultaten. Patiënten zijn eerder niet akkoord dat ze bang zijn om bij het doen van lichaamsbeweging letsel op te lopen.



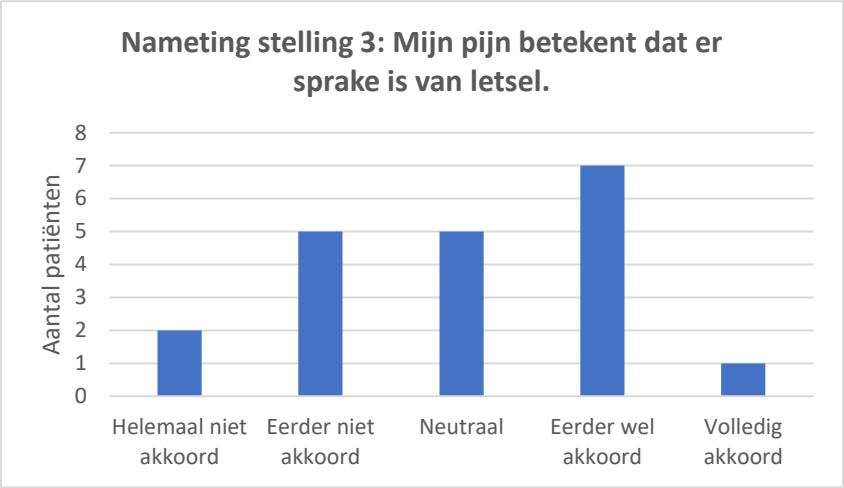
Stelling 2: Als ik me over de pijn heen zou zetten, dan zou hij erger worden.

De antwoorden liggen verspreid. Er kan geen eenduidige conclusie gemaakt worden over deze stelling.



Stelling 3: Mijn pijn betekent dat er sprake is van letsel.

De antwoorden liggen verspreid. Er kan geen eenduidige conclusie gemaakt worden over deze stelling.



Stelling 4: Ik zou geen lichaamsbeweging hoeven doen wanneer ik pijn heb.

We zien een tendens naar een linksscheve verdeling in de resultaten. Patiënten zijn eerder niet akkoord dat ze geen lichaamsbeweging zouden hoeven doen wanneer ze pijn hebben.



Patiënten zien eerder wel in dat ze actief moeten blijven en dat ze aan lichaamsbeweging moeten doen tijdens een episode van acute lagerugpijn. Ze beweren hier eerder geen angst te hebben om letsel op te lopen door het uitvoeren van lichaamsbeweging. Over de stellingen 2 en 3 (stellingen zonder link met beweging), is het antwoord minder eenduidig.

4. Discussie

De huidige klinische richtlijnen raden sterk aan om actief te blijven tijdens een episode van lagerugpijn. (1, 2) Hoe dit vertaald dient te worden naar de praktijk en wat dit concreet voor de patiënt betekent, staat echter nergens expliciet beschreven. Bij de opvolging van patiënten met aspecifieke lagerugpijn wordt er zowel in de praktijk als in de literatuur vaak opgemerkt dat ze deze actieve houding niet aannemen. (14-16) Dit leidde tot volgende onderzoeksvraag: '*Hoe het implementeren van het concept self-management en het advies tot actief blijven bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn in de huisartsenpraktijk?*'.

Het antwoord hierop kan als volgt geformuleerd worden: de focus dient in eerste instantie niet te liggen op het medicamenteuze luik, maar eerder op de niet-medicamenteuze bewegingsadviezen. Beweging en actief blijven, dient door patiënten met lagerugpijn als een behandeling te worden beschouwd. In dit opzicht is de rol van de arts om de patiënt te motiveren tot beweging. Hiervoor moet getracht worden om elke factor die bijdraagt tot kinesiofobie te reduceren. (14-17) De arts kan hiervoor het beste afstappen van het anatomopathologische verklaringsmodel, het mijden van restrictieve communicatie en gebruik maken van stimulerende bewegingsadviezen. (1, 2, 20) Dit laatste dient idealiter patiëntspecifiek te gebeuren, met behulp van een bewegingsplan. (26)

Om deze visie van consultvoering te integreren in de dagelijkse praktijk, werd er een praktijkverbeterend project opgestart. Dit door middel van een tweedelige interventie; het ontwikkelen van een patiëntenbrochure en een teaching aan de collega huisartsen. Ter evaluatie worden de resultaten van de voor- en nameting van de patiënten met elkaar vergeleken, dit op basis van de drie kernpunten die aan de artsen tijdens de teaching werden meegedeeld.

1. Het belang van alarmsymptomen duidelijk mee te delen. Deze worden immers niet voldoende begrepen en onthouden door patiënten.

Zoals blijkt uit de voormeting bij de artsen, vinden deze het meedelen van alarmsymptomen enorm belangrijk. Deze fungeren voor de patiënt als handvaten en vormen een noodzakelijk instrument om aan *self-management* te kunnen doen. Bij de patiënten wordt er bij de nameting - ten opzichte van de voormeting - gezien dat er wel vaker alarmsymptomen worden opgesomd, doch zijn deze nog steeds zeer frequent foutief: de focus ligt voornamelijk op gevoelsstoornissen in de benen (i.p.v. krachtsverlies) en op de duur van de symptomen (i.p.v. verandering van het pijnpatroon).
Er kan geconcludeerd worden dat de interventie weinig effect heeft gehad op het (her)kennen van de alarmsymptomen door patiënten.

2. Opletten met het anatomopathologische verklaringsmodel alsook met taalgebruik met een inhiberende connotatie, gezien dit kinesiofobie in stand houdt.

Tijdens de voormeting werd er opgemerkt dat patiënten vaak anatomopathologische verklaringen kregen over hun aspecifieke lagerugpijn. De onderliggende reden bij artsen hiervoor is het bevorderen van patiënteneducatie: door middel van een grondige anatomisch gebaseerde ziekte-uitleg wil men de klachten van de patiënt kunnen verklaren en de boodschap tot 'activatie' kracht bijzetten. De literatuur wijst er echter op dat deze communicatiestijl kinesiofobie kan versterken. Tevens werden er vaak adviezen gegeven met een eerder inhiberende, restrictieve communicatiestijl, wat opnieuw de kinesiofobie kan doen toenemen. (1, 2, 14-17, 20)

Er werd aan de artsen dan ook gevraagd dit verklaringsmodel achterwege te laten en gebruik te maken van een alternatieve uitleg, gebaseerd op de NHG-richtlijn. (1) Bij de nameting wordt er opvallend waargenomen dat geen enkele patiënt zijn klachten meer verklaart op basis van het anatomopathologische model, terwijl ze nog steeds de indruk hebben voldoende geïnformeerd te zijn en over voldoende ziekte-inzicht te beschikken. Zoals reeds beschreven in de literatuur zien we dat het anatomopathologische verklaringsmodel, waar de artsen initieel aan verknocht waren, afgeraden is voor een correcte patiënteneducatie. (20)

De artsen werden eveneens gewezen op hun restrictieve communicatiestijl, waarbij er vaak adviezen worden gegeven met een inhiberende connotatie; zoals 'rust mijden' en het mijden van intensieve sporten (zoals fitness en belastende taken zoals tuinieren). Conform de literatuur kan de focus in het arts-patiënt gesprek beter gaan over wat patiënten wél nog kunnen en mogen, dan zaken die ze niet meer mogen doen. (20) Bij de nameting wordt er opgemerkt dat patiënten nog steeds deze restrictieve adviezen in beperkte mate krijgen.

Met betrekking tot kinesiofobie werd er anders geantwoord. Zo wordt er bij enkele patiënten een duidelijke verandering van hun perceptie waargenomen. Waar initieel hun pijn een signaal is om te rusten, wordt nu het tegenovergestelde ingezien, namelijk dat beweging een deel is van de behandeling van lagerugpijn. Deze patiënten hebben minder angst voor hun pijn en durven hun bewegingsmogelijkheden te exploreren en hun pijngrenzen af te tasten. Een patiënt gaf expliciet aan dat deze informatie uit de brochure kwam en niet uit de consultatie bij de arts.

Deze vermindering van de kinesiofobie die bij sommige patiënten wordt opgemerkt, kan worden toegeschreven aan verschillende factoren. We vermoeden dat het verlaten van het anatomopathologisch verklaringsmodel hier een faciliterende rol in speelt, zoals Darlow et al. reeds uitvoerig onderbouwd hebben. (20) Het feit dat, zowel door de arts als door de folder, de patiënt herhaaldelijk werd aangespoord om actief te blijven, kan hier ook deels verantwoordelijk voor zijn. Volgens de literatuur

kan het mijden van restrictieve bewegingsadviezen deze perceptieverandering nog meer bevorderen, doch kan dit niet weerhouden worden in dit praktijkverbeterend project gezien deze adviezen nog steeds werden meegedeeld. (1, 2, 20)

3. De focus in eerste instantie te leggen op het advies om actief te blijven en indien mogelijk een bewegingsplan op te stellen, nadien pas overgaan tot het medicamenteuze beleid.

Wanneer patiënten bevraagd worden naar wat de behandeling van hun lagerugpijn is, wordt er bij de voormeting door de patiënt vooral de focus gelegd op het medicamenteuze aspect. Bij de nameting is het echter opvallend dat quasi elke patiënt, vaak als eerste antwoord, verwijst naar de niet-medicamenteuze bewegingsadviezen ('*in beweging blijven'*). Nagenoeg alle patiënten in de nameting geven aan deze bewegingsadviezen te hebben ontvangen. Naast een duidelijk verschil in frequentie van het meegeven van deze adviezen wordt er ook een minimaal verschil in inhoud opgemerkt. In de voormeting blijft het hoofdzakelijk beperkt tot 'actief blijven', houdingsadviezen, tiltechnieken en wandelen als bewegingsvorm. In de nameting worden bij sommige patiënten deze adviezen meer gespecificeerd en worden er meer praktische voorstellen gedaan door de arts. Naast wandelen komen vb. ook fietsen en zwemmen aan bod. Er wordt minder focus gelegd op de til-en heftechnieken. Patiënten herinneren zich ook de adviezen uit de folder zoals voetbal en dansen.

Als conclusie op dit derde kernpunt ziet men dat patiënten veel beter het advies tot actief blijven herinneren, waardoor de focus niet meer ligt op het medicamenteuze beleid.

Evaluatie patiëntenbrochure

Het andere luik van de interventie was de brochure. Een minderheid van de patiënten vindt dat deze geen meerwaarde heeft, hoofdzakelijk omdat deze hen geen nieuwe informatie verschaft. Bij de patiënten die de brochure wel 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. Sommige patiënten verspreiden deze folder verder, zoals onder kennissen of met hun kinesitherapeut. Enkele artsen gebruiken deze folder ook tijdens de consultatie als instrument, onder meer om extra nadruk te leggen op bijvoorbeeld de alarmsymptomen.

Het effect van de interventie op de activiteit

Finaal wordt er gekeken naar het verschil in activiteit bij patiënten tussen de voor- en de nameting. Wat heeft de patiënt, met de verkregen informatie, op vlak van activiteit nu effectief gedaan?

Het doel bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn is om in de mate van het mogelijke door te gaan met de normale activiteiten, inclusief beroepsactiviteit. Echter wordt er, na het doorlopen van de interventie, geen groot verschil in antwoorden vastgesteld met betrekking tot arbeidsongeschiktheid.

Betreffende ADL en hobby's zien we bij de voormeting drie groepen; patiënten die deze activiteiten tijdelijk staken, die ze aanpassen, of die ze uitbreiden. Bij de nameting kan men dezelfde opdeling in patiëntengroepen maken. Opmerkelijk is dat enkele patiënten die doorgaan met hun activiteiten, de spontane melding maken dat de pijnklachten verbeterden door te bewegen (zowel bij ADL als bij hobby's). In de voormeting bleven patiënten ook wel actief, doch werd deze verbetering op de pijnklachten door beweging niet expliciet vermeld.

Als er gekeken wordt naar de invulling van de bewegingsadviezen, worden er gelijkaardige zaken opgemerkt in de voor- en nameting. Zo zien we in de voormeting dat de ADL soms aangepast wordt door middel van hulpmiddelen (vb. aangepaste dweil om te poetsen). Daarnaast werden ook tuinieren, fietsen, wandelen, alsook zelfstandige thuisoefeningen opgesomd. In de nameting worden dezelfde activiteiten gezien, met uitzondering van tuinieren. Enkele nieuwe bewegingsvormen werden vernoemd, zoals dansen en fitness (het uitoefenen van spierversterkende oefeningen, al dan niet onder begeleiding van een *personal trainer*). Het vermelden waard is dat fitness niet in de brochure stond, noch door artsen werd voorgesteld. Integendeel, een enkele arts raadde dit af. Een voorbeeld dat inhiberende communicatie best achterwege gelaten kan worden.

Conclusie praktijkverbeterend project

Het einddoel van dit praktijkverbeterend project was om de patiënt tijdens een episode van aspecifieke lagerugpijn meer actief te houden. Hiervoor werd een tweedelige interventie ontwikkeld: een patiëntenbrochure en een teaching aan de huisartsen. De resultaten van de voor- en de nameting bij de patiënten werden ten opzichte van elkaar vergeleken. Er wordt effectief opgemerkt dat door de interventie een duidelijke perceptieverandering teweeggebracht kan worden: enkele patiënten zien beweging meer als een behandeling en kunnen hiertoe beter gemotiveerd worden. Vervolgens gingen ze een meer actieve houding aannemen.

4.1. Sterktes en zwaktes

Het praktijkverbeterend project start vanuit een zeer frequente aanmeldingsklacht in de huisartsenpraktijk. (1) De literatuurstudie is gebaseerd op actuele klinische richtlijnen en recente publicaties, doch dient opgemerkt te worden dat er weinig relevante studies zijn die de plaats en het effect van verschillende bewegingsvormen bij acute aspecifieke lagerugpijn beschrijven.

Hoewel een bewegingsplan idealiter steeds patiëntspecifiek opgesteld moet worden, werd een onderbouwde en genuanceerde brochure ontwikkeld die juist toegankelijk is voor een brede patiëntenpopulatie. (26) In deze brochure werd getracht het begrip 'actief blijven' te specificeren, alsook praktische bewegingsadviezen te geven voor de hele praktijkpopulatie.

Er werd in dit een praktijkverbeterend project tot op zekere hoogte gebruikgemaakt van kwalitatieve onderzoekstechnieken. Hierdoor dient er rekening mee gehouden te worden dat dit enkele *biases* met zich kan meebrengen. Zo gebeurde de manier van datacollectie bij patiënten door telefonisch afgenomen interviews. Dit bemoeilijkte het doorvragen en zorgde voor het niet opnemen van cruciale informatie (zoals bijvoorbeeld non-verbale communicatie). Doordat de onderzoekers gaandeweg meer ervaring wonnen in het afnemen van deze interviews, valt het niet uit te sluiten dat er bij de nameting wél degelijk meer diepgaand werd bevraagd. Anderzijds is het eveneens mogelijk dat de nameting onbewust vanuit een andere invalshoek werd bekeken, namelijk specifiek op de activiteit van de patiënt, wat de resultaten zou kunnen beïnvloeden.
Bovendien gingen deze interviews over een consultatie die tot drie maanden terug kon gaan in de tijd, dit zorgt onvermijdelijk tot een *recall*-bias.

Daarnaast dient er opgemerkt te worden dat bij sommige patiënten de onderzoekers ook een rol speelden als behandelend arts, wat onvermijdelijk leidt tot *pleasing answers* en participatiebias. Er werd echter getracht door middel van anonimisering van het patiëntenbestand en een willekeurige selectie van de *patiënt-id* selectiebias te vermijden.

De steekproefgrootte en de hieruit bekomen beperkte hoeveelheid aan resultaten is een pijnpunt. In welke mate de resultaten van deze steekproef representatief zijn voor de hele praktijkpopulatie valt niet te achterhalen, alsook in welke mate deze uitbreidbaar zijn naar andere huisartsenpraktijken. De voor- en nameting bestaan uit twee verschillende, niet-gerandomiseerde kleine patiëntengroepen, die niet met elkaar vergeleken kunnen worden. Bovendien werden de resultaten gestructureerd en samengevat op een subjectieve manier (gesteund op inzichten en voorkennis in dit thema). Dit alles maakt dat harde conclusies niet gevormd kunnen worden, hoogstens kan er een *trend* beschreven worden.

Er dient te worden opgemerkt dat het onderwerp van deze masterproef een *hot topic* is. In januari 2023 werd er door de FOD Volksgezondheid een breedschalige campagne rond lagerugpijn opgestart, met als slogan '*Praat met je arts over een bewegingsplan, eerder dan te gaan voor een scan*'. Deze campagne

overlapte deels met onze interventie. Er werd door patiënten in de nameting geen melding gemaakt over deze externe campagne, doch valt een invloed op de resultaten van de nameting niet uit te sluiten. (37)

4.2. Onderzoek

Er dient meer onderzoek te gebeuren naar de plaats en invloed van verschillende bewegingsvormen op het beloop van (acute) aspecifieke lagerugpijn, gezien de beperkte literatuur die hierover beschikbaar is.

Er kan zich ook afgevraagd worden wat de effecten van de interventie zijn op langere termijn. Wordt er bij een volgende episode van lagerugpijn verandering gezien in het gedrag van de patiënt?

Ook de trend die werd opgemerkt in dit praktijkverbeterend project dient verder onderzocht te worden. Zo rijst de vraag dat indien dit herhaald zou worden in dezelfde huisartsenpraktijk, met een grotere patiëntenpopulatie, lopend over een langere periode, deze trend bevestigd kan worden. Idealiter wordt hiervoor een analyse ontwikkeld die de resultaten van de voor- en nameting met elkaar kan vergelijken op een kwantitatieve, statistische manier.

5. Referenties

1. NHG werkgroep: Bons SCS BM, Van den Donk M et al. NHG-Standaard: Aspecifieke lagerugpijn 2017 [updated februari 2017. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/aspecifieke-lagerugpijn.
2. KCE. Klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn: KCE: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2017. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_287A_Lage_rugpijn_en_radiculaire_pijn_Samenvatting.pdf.
3. S.S.M.G. Recommandations de Bonne Pratique : les lombalgies communes: S.S.M.G. : Société Scientifique de Médecine Générale 2001. Available from: https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/lombalgiesmaj180201.pdf
4. N.A.S.S. Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis & Treatment of Low Back Pain: North American Spine society 2020. Available from: https://www.spine.org/Portals/0/assets/downloads/ResearchClinicalCare/Guidelines/LowBackPain.pdf .
5. NICE. NICE-guideline: Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management NICE : national institute for health and care excellence; 2016. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/resources/low-back-pain-and-sciatica-in-over-16s-assessment-and-management-pdf-1837521693637
6. De Rue K. Oefentherapie bij aanhoudende lage rugpijn. Literatuurstudie en praktijkproject: is verwijzing voor oefentherapie haalbaar en nuttig in de huisartsenpraktijk? 2012.
7. CM. Rug in beweging - Rugproblemen voorkomen en aanpakken: CM : Christelijke mutualiteit 2021. Available from: https://www.cm.be/media/Folder-rug-in-beweging_tcm47-11172.pdf.
8. De behandeling van acute lage rugpijn - informatie voor patiënten: UZ Leuven 2019. Available from: https://assets.uzleuven.be/files/2019-12/De%20behandeling%20van%20lage%20rugpijn.pdf.
9. Lagerugpijn met of zonder uitstraling naar het been: Gezondheid en wetenschap; 2021 [updated 13/07/2021. Available from: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/lagerugpijn-en-beenpijn.
10. Lage Rugproblemen - informatiebrochure voor patiënten: Fysische Geneeskunde van Ziekenhuis Netwerk Antwerpen; 2016. Available from: https://www.zna.be/sites/default/files/documents/diseases/lage_rugpijn_fysische_geneeskunde.pdf.
11. 7 geboden voor mensen met lage rugpijn: VUB: Vrije Universiteit Brussel; 2020. Available from: https://www.vub.be/nl/nieuws/7-geboden-voor-mensen-met-lage-rugpijn.
12. Hall H, McIntosh G. Low back pain (acute). BMJ clinical evidence. 2008;2008.
13. Lage rugpijn: Duodecim Publishing Company Ltd; 2017 [updated 30/06/2017. Available from: https://ebpnet.be/nl/ebsources/597?check_logged_in=1.
14. Boutevillain L, Dupeyron A, Rouch C, Richard E, Coudeyre E. Facilitators and barriers to physical activity in people with chronic low back pain: A qualitative study. PloS one. 2017;12(7):e0179826.
15. Keen S, Dowell AC, Hurst K, Klaber Moffett JA, Tovey P, Williams R. Individuals with low back pain: how do they view physical activity? Family practice. 1999;16(1):39-45.
16. Darlow B, Dean S, Perry M, Mathieson F, Baxter GD, Dowell A. Easy to Harm, Hard to Heal: Patient Views About the Back. Spine. 2015;40(11):842-50.
17. Damsgard E, Dewar A, Roe C, Hamran T. Staying active despite pain: pain beliefs and experiences with activity-related pain in patients with chronic musculoskeletal pain. Scandinavian journal of caring sciences. 2011;25(1):108-16.
18. Engers A, Jellema P, Wensing M, van der Windt DA, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. The Cochrane database of systematic reviews. 2008;2008(1):CD004057.
19. Bier JD, Kamper SJ, Verhagen AP, Maher CG, Williams CM. Patient Nonadherence to Guideline-Recommended Care in Acute Low Back Pain. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2017;98(12):2416-21.

20. Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S. The Enduring Impact of What Clinicians Say to People With Low Back Pain. Annals of Family Medicine. 2013;11(6):527-34.
21. Atlas SJ, Deyo RA. Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. Journal of general internal medicine. 2001;16(2):120-31.
22. RACGP. Advice to stay active for people with acute low back pain. 2013.
23. Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskenniemi L, Kuosma E, et al. The treatment of acute low back pain--bed rest, exercises, or ordinary activity? The New England journal of medicine. 1995;332(6):351-5.
24. Ben-Ami N, Chodick G, Mirovsky Y, Pincus T, Shapiro Y. Increasing Recreational Physical Activity in Patients With Chronic Low Back Pain: A Pragmatic Controlled Clinical Trial. The Journal of orthopaedic and sports physical therapy. 2017;47(2):57-66.
25. Ribaud A, Tavares I, Viollet E, Julia M, Herisson C, Dupeyron A. Which physical activities and sports can be recommended to chronic low back pain patients after rehabilitation? Annals of physical and rehabilitation medicine. 2013;56(7-8):576-94.
26. Von Korff M, Barlow W, Cherkin D, Deyo RA. Effects of practice style in managing back pain. Annals of internal medicine. 1994;121(3):187-95.
27. Lively MW. Sports medicine approach to low back pain. Southern medical journal. 2002;95(6):642-6.
28. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. The Cochrane database of systematic reviews. 2005(3):CD000335.
29. Pocovi NC, de Campos TF, Christine Lin CW, Merom D, Tiedemann A, Hancock MJ. Walking, Cycling, and Swimming for Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review With Meta-analysis. The Journal of orthopaedic and sports physical therapy. 2022;52(2):85-99.
30. Sitthipornvorakul E, Klinsophon T, Sihawong R, Janwantanakul P. The effects of walking intervention in patients with chronic low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. Musculoskeletal science & practice. 2018;34:38-46.
31. Vanti C, Andreatta S, Borghi S, Guccione AA, Pillastrini P, Bertozzi L. The effectiveness of walking versus exercise on pain and function in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Disability and rehabilitation. 2019;41(6):622-32.
32. Marsden M, Schwellnus M. Lower back pain in cyclists: A review of epidemiology, pathomechanics and risk factors. International Sportmed Journal. 2010;11(1):216-25.
33. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of P, Denberg TD, et al. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Annals of internal medicine. 2017;166(7):514-30.
34. Cho Y. Effects of tai chi on pain and muscle activity in young males with acute low back pain. Journal of physical therapy science. 2014;26(5):679-81.
35. Goode AP, Coeytaux RR, McDuffie J, Duan-Porter W, Sharma P, Mennella H, et al. An evidence map of yoga for low back pain. Complementary therapies in medicine. 2016;25:170-7.
36. Harreby M, Hesselsoe G, Kjer J, Neergaard K. Low back pain and physical exercise in leisure time in 38-year-old men and women: a 25-year prospective cohort study of 640 school children. European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. 1997;6(3):181-6.
37. KCE. Lage rugpijn? Blijf er niet mee zitten: KCE: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2023. Available from: https://www.geenscanzonderplan.be/.

6. Bijlages

Bijlage 1: Presentatie voor de teaching

HOE HET IMPLEMENTEREN VAN HET CONCEPT SELF-MANAGEMENT EN HET ADVIES TOT ACTIEF BLIJVEN BIJ PATIËNTEN MET ASPECIFIEKE LAGERUGPIJN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK?

Een praktijkverbeterend project

MASTERPROEF NANDO & SANDER

OVERZICHT

- Richtlijnen: NHG / KCE
- Bevindingen in de praktijk
  - Artsen
  - Patiënten
- Samenvatting literatuurstudie
- Interventie: Teaching + brochure

RICHTLIJNEN

- Lagerugpijn zeer frequent
- Aspecifiek
- Spontaan verbeterend
- Restrictief ikv diagnostiek & beleid

NHG

Stap	Toelichting
1.Voorlichting en advies	• Aspecifieke lagerugpijn gaat meestal vanzelf binnen een aantal weken over. Adviseer in beweging te blijven en door te gaan met de dagelijkse activiteiten voor zover de klachten dit toelaten. Bewegen veroorzaakt geen schade. • Beeldvormende diagnostiek is niet zinvol. Er is geen relatie tussen eventueel op de foto zichtbare afwijkingen met ervaren klachten en de eventuele bevindingen hebben geen therapeutische consequenties. • Leg bij chronische klachten uit dat de nadruk bij de behandeling ligt op het omgaan met de klachten en het dagelijks functioneren en niet op het verdwijnen van de pijn.
2. Opbouw van activiteiten (klachtenduur ca. 3-4 weken)	Overweeg een tijdcontingente aanpak indien de klachten binnen circa drie tot vier weken onvoldoende zijn verbeterd. Zie volledige tekst.
3. Oefentherapie (klachtenduur ca. 6 weken)	Een activerende en tijdcontingente aanpak door een fysio- of oefentherapeut heeft de voorkeur.
4. Gedragsmatige behandeling (klachtenduur ca. 12 weken)	Verwijs naar een psychosomatisch fysio- of oefentherapeut voor cognitief-gedragstherapeutische behandeling gericht op verhoging van het activiteitenniveau, verandering van disfunctionele gedachten en het aanleren van copingvaardigheden.
5. Multidisciplinaire revalidatie	Verwijs naar een gespecialiseerd behandel-/revalidatiecentrum bij chronische klachten, indien de patiënt nog niet is teruggekeerd in het arbeidsproces, een hoge ziektelast heeft en psychosociale factoren de klachten vermoedelijk in stand houden.

KCE

Aanbeveling

- Overweeg een risicostratificatie naar chroniciteit (bv. met de STarT Back risk assement tool of de korte versie van de Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire) voor elke nieuwe episode van lage rugpijn met of zonder radiculaire pijn. Deze risicostratificatie moet niet gedurende de eerste 48u na de aanvang* van de pijn worden uitgevoerd. Het doel hiervan is samen met de patiënt beslissen over een plan van aanpak aangepast aan de risicofactoren.
- Overweeg op basis van de risicostratificatie:
  - Een eenvoudigere en minder intensieve begeleiding van patiënten met lage rugpijn met of zonder radiculaire pijn, met een goede kans op snelle verbetering en een goede uitkomst. Dit omvat bv. het geruststellen van de patiënt, hem adviseren om actief te blijven en het begeleiden bij self-management.
  - Een meer complexe en intensieve begeleiding van patiënten met lage rugpijn (met of zonder radiculaire pijn) met een matig tot hoog risico op een slechte uitkomst. Dit omvat bv. begeleide oefenprogramma's met of zonder manuele technieken en een psychologische interventie zoals cognitieve gedragstherapie.

*Het is aangeraden om de risicostratificatie uit te voeren bij een tweede consultatie, na ongeveer 2 weken van pijnklachten.

ONS DOEL

- Wie? Aspecifieke lagerugpijn met laag-risico patiënten
- Wat? Patiënten stimuleren om actief te blijven
- Waarom? Richtlijnen blijven vaag: 'beweeg, activeer'
- Hoe? Praktisch invullen van de richtlijnen obv EBM

VOORMETING ARTSEN

- Anatomopathologisch model = zeer belangrijk in functie van klachten te kaderen
- Belang van alarmsignalen te overlopen
- Beweging = belangrijk
- Aanbeveling relatieve rust!

- Probleem: moeilijk om behandelplan op te stellen met patiënt. Blijft ook eerder vaag, eerder 'beweeg, wandel, …
- Vaak doorverwijzing naar kiné – 'vraag om oefeningen / actief te zijn'.

VOORMETING PATIËNTEN

- Struikelblokken:
- Alarmsignalen onvoldoende begrepen
- Kinesiofobie: Pijn als merker voor schade
- Medicatiegericht
- Communicatie: voornamelijk anatomopathologisch.
- Afremmende boodschap

LITERATUURSTUDIE

- Kinesiofobie: Grote drempel tot activatie.
- Pijn wordt te vaak gezien als alarmsignaal, pijn wordt te vaak gezien als teken van schade

→ Indicator om activiteiten te doseren.

- Taalgebruik (incl. Anatomopathologie):

→ Opletten voor taalgebruik met negatieve connotatie

COMMUNICATIE



UITLEG

- Je moet de rug aanschouwen als een complex geheel van verschillende structuren (botten, spieren ligamenten,…) die optimaal moeten samenwerken. Op sommige momenten loopt deze samenwerking niet optimaal. Dit wil niet zeggen dat er daardoor structurele schade is opgetreden. Het zorgt wel vaak voor tijdelijke pijn en bewegingsbeperking . (Verdere onderzoeken zijn niet nuttig, omdat een scanner enkel een statische momentopname is en dus louter de structuur in beeld brengt, en niet de dynamische functie, waar heden het probleem zit).

LITERATUURSTUDIE

- Concretiseren van de adviezen:
- Bedrust vermijden
- Wisselhouding
- WHO: dagelijks 30 min laaggradige activiteit
- Stimuleer huidige activiteiten verder te zetten (werk / privé)
- Vooral: doe wat je graag doet, incl. ADL
- Vb. Zwemmen, Yoga, pilates, wandelen, lopen, tuinieren

→ Zoek met patiënt naar ideale activiteit

CONCLUSIE

1) Belang van alarmsymptomen <=> weinig begrepen bij patiënten
2) Opletten met anatomopathologie / restrictieve communicatie:

- Aspecifieke lage rugpijn
- Hindernissen tot activatie: kinesiofobie

3) Focus op medicamenteuze (arts + patiënt)

BROCHURE

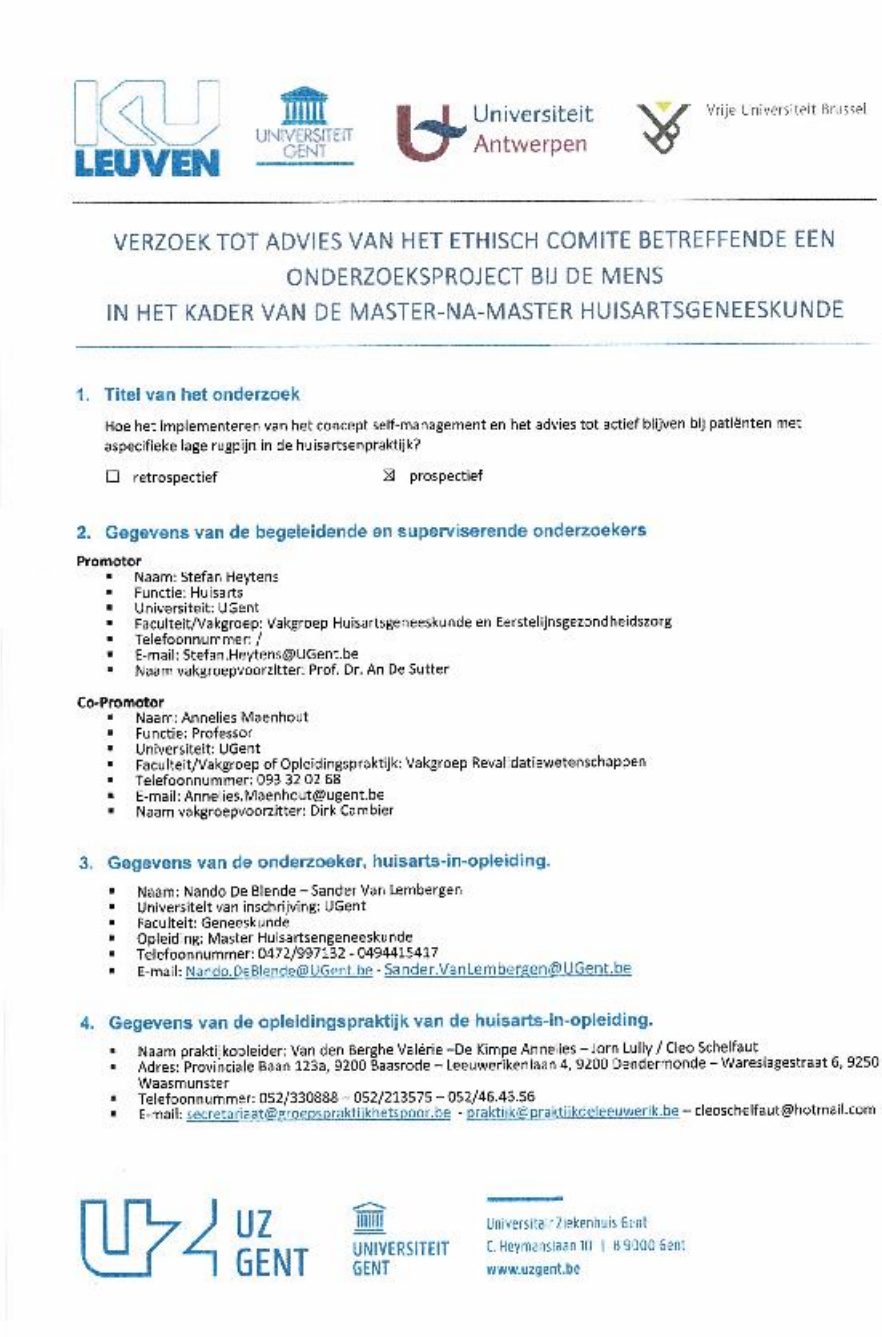
- Alles samengevat op één patiëntenbrochure
- Zie bijlage

PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT

- 3 maanden interventie:

- Consultvoering zoals voorafgaand: anamnese / KO (+ risicostratificatie)
- Enkel aspecifieke lagerugpijn / cf. KCE hoog risico – ander traject
- Tips teaching
- Brochure meegeven aan patiënt

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol



KU LEUVEN · UNIVERSITEIT GENT · Universiteit Antwerpen · Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS
IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. Titel van het onderzoek

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

☐ retrospectief ☒ prospectief

2. Gegevens van de begeleidende en superviserende onderzoekers

Promotor
- Naam: Stefan Heytens
- Functie: Huisarts
- Universiteit: UGent
- Faculteit/Vakgroep: Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
- Telefoonnummer: /
- E-mail: Stefan.Heytens@UGent.be
- Naam vakgroepvoorzitter: Prof. Dr. An De Sutter

Co-Promotor
- Naam: Annelies Maenhout
- Functie: Professor
- Universiteit: UGent
- Faculteit/Vakgroep of Opleidingspraktijk: Vakgroep Revalidatiewetenschappen
- Telefoonnummer: 093 32 02 68
- E-mail: Annelies.Maenhout@ugent.be
- Naam vakgroepvoorzitter: Dirk Cambier

3. Gegevens van de onderzoeker, huisarts-in-opleiding.

- Naam: Nando De Blende – Sander Van Lembergen
- Universiteit van inschrijving: UGent
- Faculteit: Geneeskunde
- Opleiding: Master Huisartsengeneeskunde
- Telefoonnummer: 0472/997132 - 0494415417
- E-mail: Nando.DeBlende@UGent.be - Sander.VanLembergen@UGent.be

4. Gegevens van de opleidingspraktijk van de huisarts-in-opleiding.

- Naam praktijkopleider: Van den Berghe Valérie –De Kimpe Annelies – Jorn Lully / Cleo Schelfaut
- Adres: Provinciale Baan 123a, 9200 Baasrode – Leeuwerikenlaan 4, 9200 Dendermonde – Wareslagestraat 6, 9250 Waasmunster
- Telefoonnummer: 052/330888 – 052/213575 – 052/46.43.56
- E-mail: secretariaat@groepspraktijknetspoor.be - praktijk@praktijkceleeuwerik.be – cleoschelfaut@hotmail.com

UZ GENT · UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

5. Soort onderzoek

☐ Patiëntengegevens verzamelen die klinisch standaardgegevens zijn
(= geen enkel aanvullend onderzoek, bloed- of andere staalafname)

☒ Interventioneel onderzoek
Specifieer interventie:
Praktijkverbeterend project: Het in de praktijk brengen van EBM adviezen omtrent het concept self management en het advies tot actief blijven bij patiënten met aspecifieke lage rugpijn.
* Voormeting: Bevraging bij collega-artsen uit de praktijk alsook een steekproef bij patiënten met aspecifieke lage rugpijn wat er verstaan wordt onder het begrip "actief blijven/actieve therapie".
^ Interventie: Ontwikkeling van een patiënten brochure en teaching van de collega-artsen uit de praktijk.
* Nameting: Tweede bevraging bij collega-artsen uit de praktijk alsook een steekproef bij (nieuwe) patiënten met aspecifieke lage rugpijn hoe zij de interventie hebben ervaren.

☐ Vragenlijsten (gelieve deze eveneens voor te leggen aan het CME)

☒ Interview (gelieve de vragen eveneens voor te leggen aan het CME)

☒ Retrospectief onderzoek
☒ Gegevensverzameling van patiënten door u persoonlijk behandeld.
☒ Gegevensverzameling van een groep patiënten van de opleidingspraktijk waar u stage loopt waarbij u niet bij de behandeling betrokken was.

6. Geef een korte samenvatting van het protocol (in het Nederlands, minimum 30 zinnen/ een halve pagina en maximum één pagina), verstaanbaar voor mensen niet gespecialiseerd in de materie. Verwijs niet naar een bijgevoegd protocol. Gebruik geen afkortingen.

Lage rugpijn is frequent een spontaan beterende klacht die in de aanvangsfase weinig bijkomende diagnostische en therapeutische middelen vergt. Alle richtlijnen raden aan om in deze initiële fase het self-management bij de patiënt te bevorderen en de patiënt stimuleren om actief te blijven. Dit blijft echter een vaag gegeven wat nergens verduidelijkt wordt. Alsus bepalen zowel artsen als patiënten voor zichzelf wat dit inhoudt.
Ons praktijkverbeterend project richt zich op de implementatie van deze evidence based medicine richtlijnen in de huisartsenpraktijk en om het ontwikkelen van een uniforme uitwerking hiervan. Kunnen patiënten met acute aspecifieke lage rugpijn beter geïnformeerd worden?

Als voormeting gebeurt er een interview met alle artsen uit onze huisartsenpraktijk omtrent de invulling van het advies tot actief blijven. Dit gebeurt aan de hand van een individuele bevraging d.m.v. een gestructureerd interview met volgende open vragen: Wat is volgens u de eerste aanpak bij klachten van acute aspecifieke lage rugpijn? Hoe en op welke manier schat u het risico op chroniciteit in? Hoe staat u tegenover bedrust bij acute aspecifieke lage rugpijn? Wat verstaat u onder self-management? Hoe vult u het advies tot actief blijven in bij patiënten met aspecifieke lage rugpijn? Wat zijn de hindernissen voor patiënten om te bewegen tijdens lage rugpijn? Hoe probeert u de patiënt te motiveren? Met welke adviezen stuurt u de patiënt huiswaarts? Geeft u extra voorlichting of materiaal mee aan de patiënt?
Vervolgens worden steekproefsgewijs tien patiënten geselecteerd die afgelopen zes maanden zijn komen consulteren met aspecifieke lage rugpijn. Exclusiecriteria hierbij zijn minderjarigen en alle andere oorzaken van rugpijn waarbij er wél onderliggende structurele schade is (zoals een wervelindeukingsfractuur, spondylolisthesis,...) Deze patiënten worden telefonisch gecontacteerd, informed consent wordt telefonisch gevraagd. Volgende vragen worden gesteld:
Heeft de huisarts u meegedeeld wat de alarmsignalen zijn, M.a.w. bij welke symptomen u dringend terug contact moet opnemen? Wat zijn deze alarmsignalen? Had u de indruk dat u voldoende geïnformeerd was over het ziektebeeld en de progressie? Wat waren uw gevoelens of gedachten over de pijn? Wat heeft u van de arts als adviezen meegekregen naar behandeling toe? Wat heeft de arts u verteld omtrent bedrust? Heeft u specifiek advies meegekregen over beweging, zo ja welk? Welke activiteiten bent u blijven verderzetten tijdens uw episode van rugpijn? Bent u blijver bewegen of gestart met bewegen? Bent u blijven werken? Heeft de arts u een brochure meegegeven of verwezen naar een externe website?

Aan de hand van een uitgebreide literatuurstudie wordt er een tweedelige interventie ontwikkelt. Ten eerste wordt er een teaching moment voor de collega-artsen in de praktijk georganiseerd, waarbij het concept self-management en het advies tot activatie verduidelijkt wordt. Ten tweede wordt er een eenvoudige, duidelijk verstaanbare patiënten brochure opgesteld.
De interventie wordt toegepast: Er wordt aan de artsen gevraagd om aan alle patiënten die de komende vier maanden op

consultatie komen waarbij de diagnose van aspecifieke lage rugpijn wordt gesteld, de patiëntenbrochure te overhandigen. Belangrijk hierbij is dat wanneer de arts inschat dat een patiënt een hoog risico heeft op evolutie naar chroniciteit en er aldus een meer intensieve aanpak vereist is, deze patiënt geen deel uitmaakt van onze interventie. Alarmsymptomen die eisen dat de patiënt sneller op controle komt, worden uiteraard meegedeeld tijdens de consultatie. De patiëntenbrochure wordt gehoel vrijblijvend overhandigd, waarbij de patiënt zelf beslist of hij deze thuis doorneemt en de adviezen al dan niet opvolgt. Bij de overhandiging van deze brochure wordt er geen informed consent gevraagd gezien deze een schriftelijke uitwerking is van de EBM adviezen.

Als nameting gebeurt er een 2e interview bij de collega-artsen. Identiek dezelfde vragen als bij de voormeting worden gesteld, alsook de volgende: Was het opzet van dit onderzoeksproject voor u duidelijk? Wat vond u van het teaching moment? Bracht dit u nieuwe inzichten bij? Wat vond u van de brochure? Heeft u opmerkingen bij de brochure? Heeft de brochure volgens u een meerwaarde ten opzichte van hoe u het vroeger deed? Heeft u van de patiënten feedback gekregen over de brochure? Gaat u de brochure in de toekomst nog meegeven aan patiënten?
Er wordt eveneens een 2e steekproef gevoerd bij patiënten die de afgelopen vier maanden zijn komen consulteren met aspecifieke lage rugpijn. Identiek dezelfde vragen als bij de voormeting worden gesteld, alsook de volgende: Heeft de arts u een brochure meegegeven? Heeft u deze brochure gelezen? Was deze voor u duidelijk? Heeft u opmerkingen hiervoor?

Na de analyse van deze interviews wordt gekeken of de interventie en patiëntenbrochure een meerwaarde biedt in het verduidelijken van het concept 'actief blijven'.

7. Gegevens over (meerdere keuzes zijn mogelijk)

- ☒ Volwassenen in staat om toestemming te geven
- ☐ Volwassenen niet in staat om toestemming te geven
- ☐ Minderjarigen
- ☐ Studie in urgentiesituatie
- ☐ Gegevensverzameling van patiënten die niet langer in follow up naar de arts of het ziekenhuis komen en/of ondertussen overleden zijn.

8. Gegevens over

- ☐ Gezonden
- ☒ Zieken
  Lijdend aan:
  - Aspecifieke lage rugpijn
- ☐ Personeel, studenten
  Nader omschrijven:
- ☒ Geslacht
  - ☒ Man
  - ☒ Vrouw

9. Hoe worden deze deelnemers gerekruteerd?

- Hierbij dient een onderscheid gemaakt te worden tussen de eigenlijke interventie en de voor- en nameting
- Aan élke patiënt met lage rugpijn die niet tot de exclusiecriteria behoord wordt de interventie uitgevoerd en de brochure overhandigd. Aldus wordt elke patiënt met lage rugpijn geïncludeerd in de interventie. Deze patiëntengegevens worden enkel door de behandelende arts beheerd.
  Bij de patiënten die deel uitmaken van de eigenlijke interventie wordt er aldus géén IC gevraagd.
- Voor de voor-en nameting wordt er via het EMD een audit uitgevoerd, waarbij alle patiënten met aspecifieke lage rugpijn uit de laatste vier maanden weerhouden worden. De zoekopdracht wordt door de verantwoordelijke arts ("hoofdarts") uitgevoerd. Uit deze subpopulatie worden er steekproefsgewijs tien patiënten weerhouden. Wanneer de verantwoordelijke arts ons de namen doorgeeft, nemen we telefonisch

contact op met deze patiënten. We stellen onszelf en ons onderzoeksproject voor. Er wordt hen gevraagd of zij bereid zijn om telefonisch enkele vragen te beantwoorden over hun laatste episode van lage rugpijn. Er wordt tevens vermeld dat het gesprek geregistreerd wordt en dat hun gegevens en hun antwoorden anoniem worden verwerkt. Informed consent wordt telefonisch gevraagd. Indien akkoord wordt dit genoteerd.
Indien er na deze eerste bevraging personen nog onvoldoende informatie bekomen is, herhalen we deze cyclus nogmaals zoals hierboven beschreven, om tien nieuwe patiënten te bevragen.
Bij de patiënten die deel uitmaken van de voor-en nameting wordt er aldus wél een informed consent gevraagd.

10. Totaal aantal deelnemers in de studie in België?

☐ In het UZ Gent:

☒ Andere locatie: Minimum 10 patiënten van alle patiënten die op consultatie komen met aspecifieke lage rugpijn in de vier maanden voorafgaand aan het teaching moment. Vervolgens wordt er gedurende 4 maanden bij alle patiënten met aspecifieke lage rugpijn de interventie toegepast. Hiervan worden voor de nameting opnieuw minimum 10 patiënten steekproefsgewijs geselecteerd. Daarnaast worden alle artsen die dan werkzaam zijn gedurende deze periode in onze huisartsenpraktijk geïncludeerd in dit onderzoek en worden zij ook beschouwd als deelnemers aan deze studie. Op dit moment gaat dit over 6 artsen.

Opgelet: het experiment is enkel verzekerd voor het aantal dat hier opgegeven wordt.
Indien men extra deelnemers wil includeren, zal men dat via een amendement moeten aanvragen.

11. Periode van het onderzoek (begin- en einddatum maand/jaar) (bij retrospectieve studie graag ook de periode van datacollectie vermelden)

Vanaf goedkeuring EC – zaterdag 30 september 2023

- De interventie loopt tussen bovenstaande periode en duurt vier maanden. Exacte startdatum is nog niet gekend en is afhankelijk van toestemming EC.

In verband met het retrospectief gedeelte: datacollectie start van zodra de goedkeuring EC is toegekend en loopt tot 4 maanden terug bij patiënten met aspecifieke lage rugpijn.

Let wel op: elk experiment op mensen na de einddatum is niet meer gedekt door de verzekering zodat op dat ogenblik u in overtreding bent met de wettelijke beschikkingen.
U kan een verlenging van het experiment bij de Commissie voor Medische Ethiek aanvragen.

12. Wie is de opdrachtgever?

Faculteit geneeskunde UGent

13. Verzekering

In principe is het de verzekering van de universiteit waaraan uw promotor verbonden is waardoor u gedekt bent. Wanneer u en/of uw promotor een andere verzekering hebben afgesloten, gelieve dan de verzekeringspolis in bijlage bij te voegen.

14. Het onderzoek is monocentrisch? Indien er meerdere ethische comités betrokken zijn gelieve multicentrisch aan te duiden. Dit is enkel van toepassing als het desbetreffend centrum over een ethisch comité beschikt. De onderzoeker dient op voorhand na te gaan of het centrum waar het onderzoek doorgaat over een ethisch comité beschikt.

☒ ja

☐ neen

Welke centra nemen hieraan nog deel?

15. Toegang tot het elektronisch patiëntendossier vereist (student)?

☒ Ja
☐ Nee

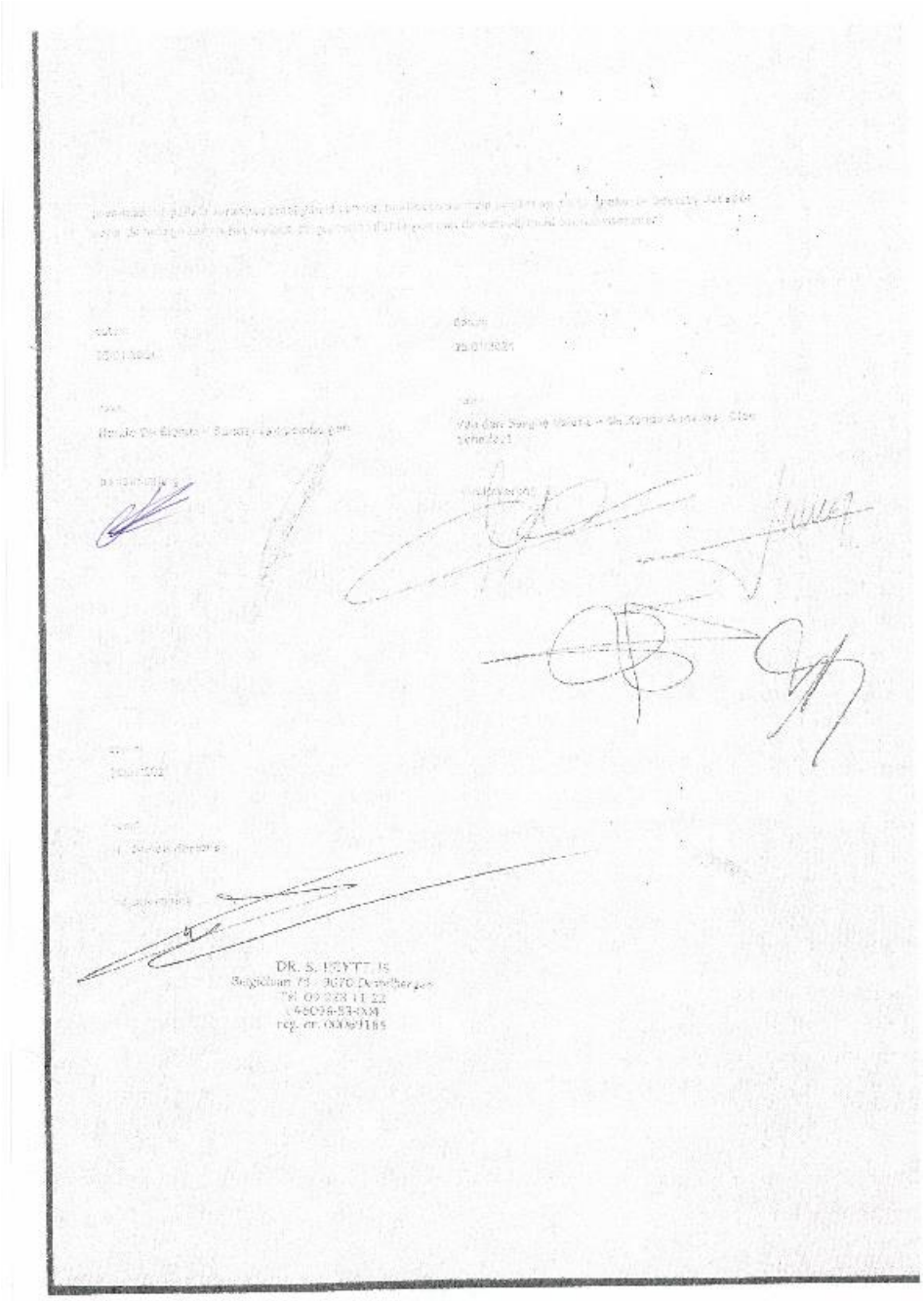
16. Wordt voor dit onderzoek een informed consent gevraagd aan de patiënt voor inzage van dossier, afnemen vragenlijsten/interview (steeds het IC ter goedkeuring aan het CME voorleggen)

☒ Ja

Indien u voor deze studie een nieuw informatie- en toestemmingsformulier opmaakt moet de template van HIRUZ (versie: v20200324) gebruikt worden. Deze documenten vindt u terug via http://hiruz.be/templates/

☐ neen (argumenteren waarom niet)

<Klik&TypTekst>



Bijlage 3: Gunstig advies Ethisch Comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. Stefan Heytens
Huisartsengeneeskunde
Alhier

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@ugent.be
Aanvrager	datum	pagina
Sander Van Lembergen	07/03/2022	1/6
Onze referentie:	EudraCT-nr:	Belg. Regnr:
BC-11431		B6702021001237

Betreft:
Hoe het implementeren van het concept self-management en het advies tot actief blijven bij patiënten met aspecifieke lage rugpijn in de huisartsenpraktijk - Scriptie Sander Van Lembergen

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 09/02/2022.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.
EC geeft daarom op 07/03/2022 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

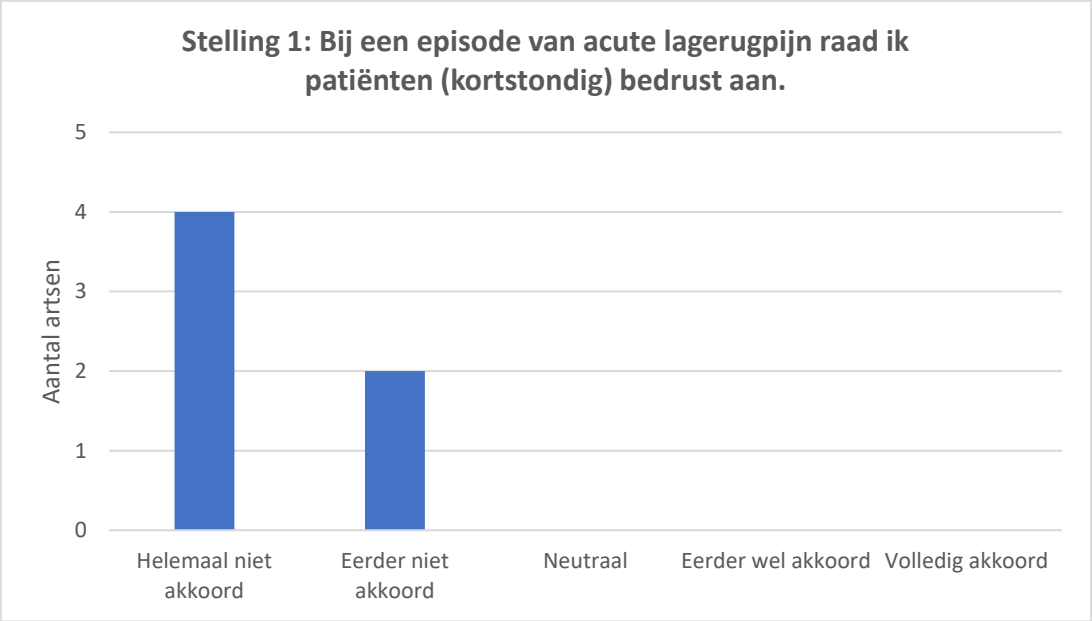
SECRETARIS
Prof.dr. R. Paleman

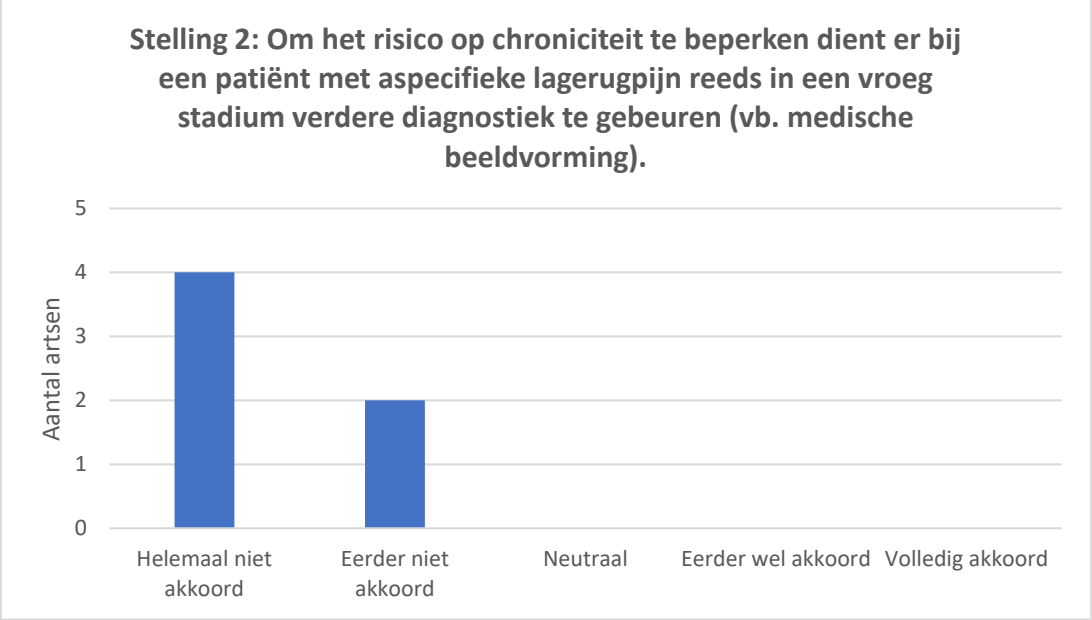
INGANG 75
ROUTE 7522

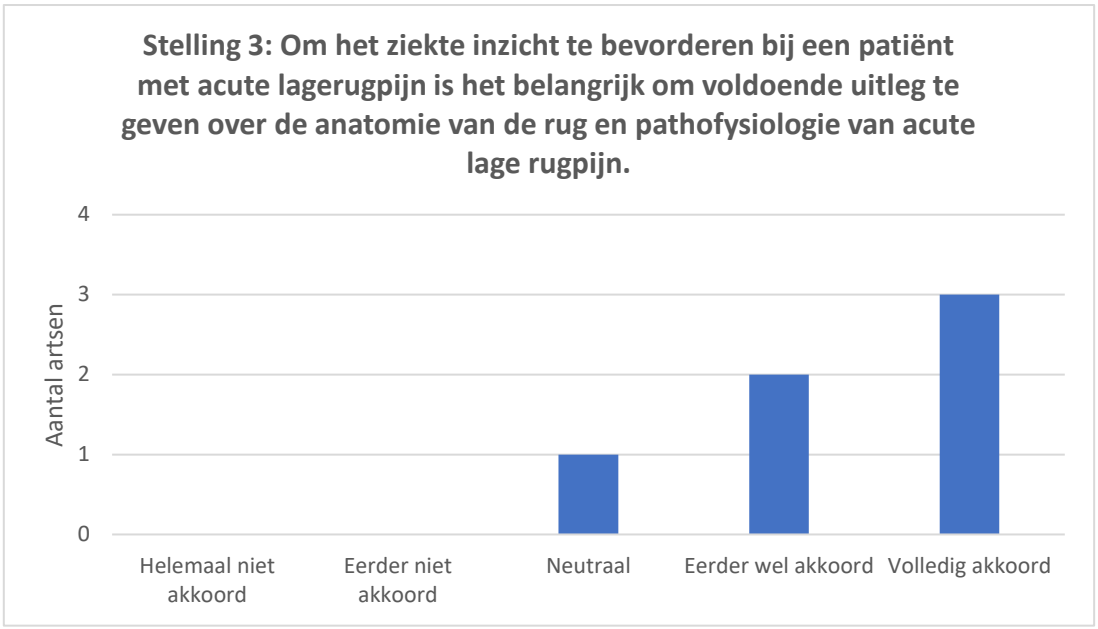
Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

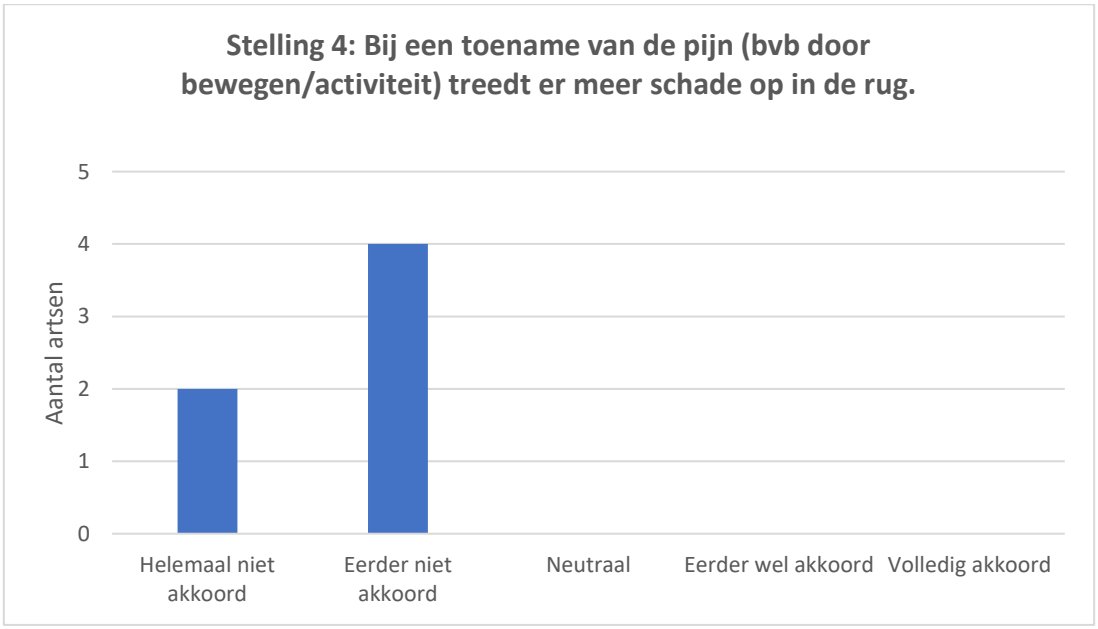
UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

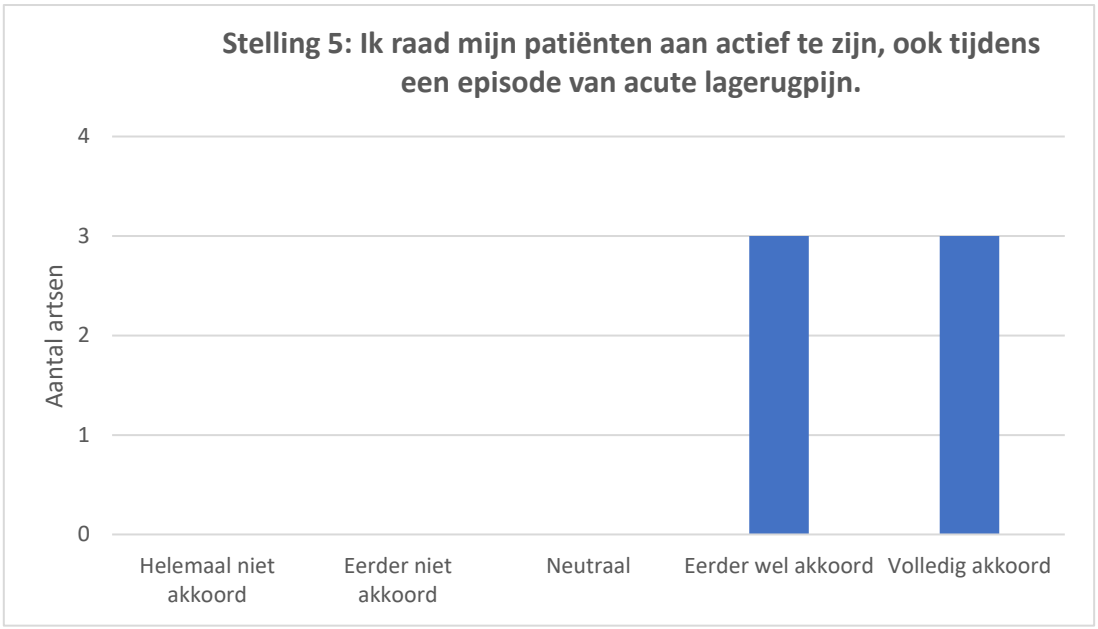
Bijlage 4: Resultaten stellingen artsen verwerkt in histogrammen

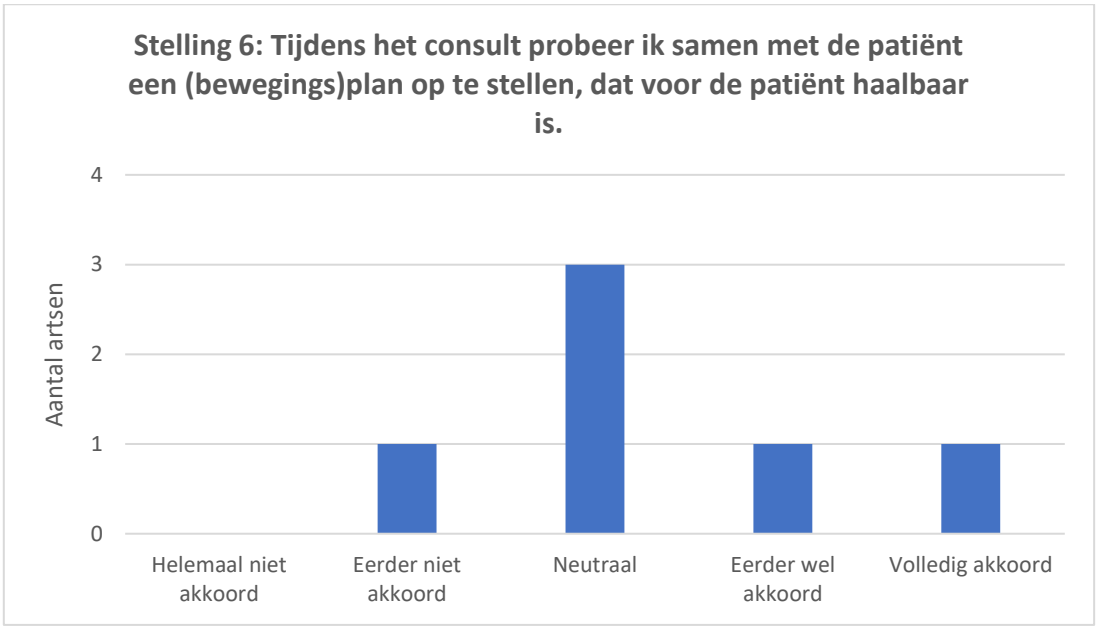


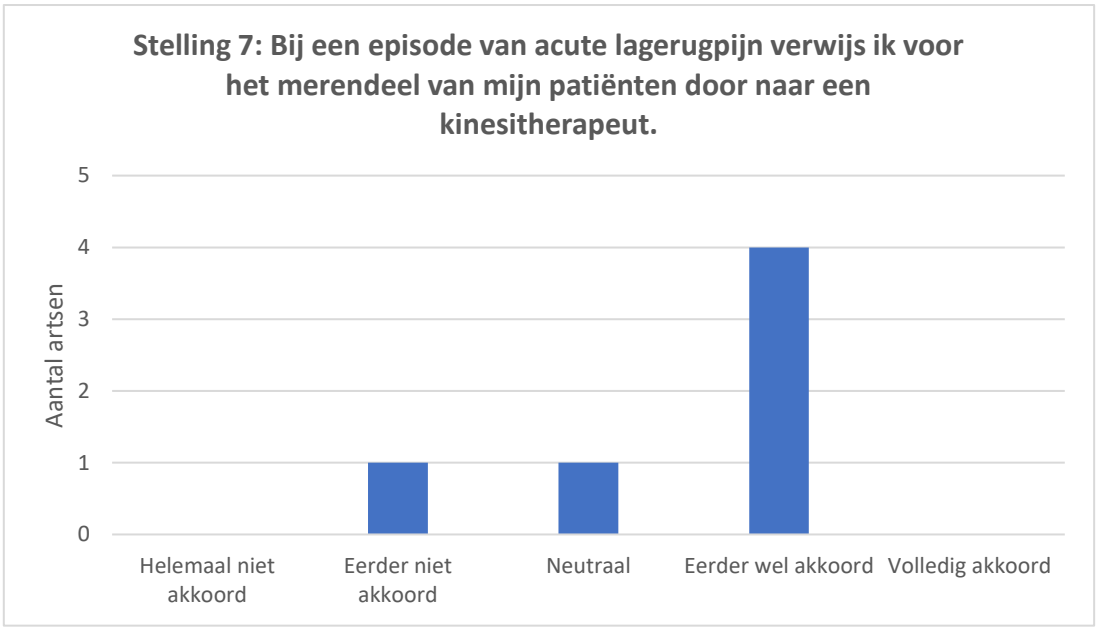


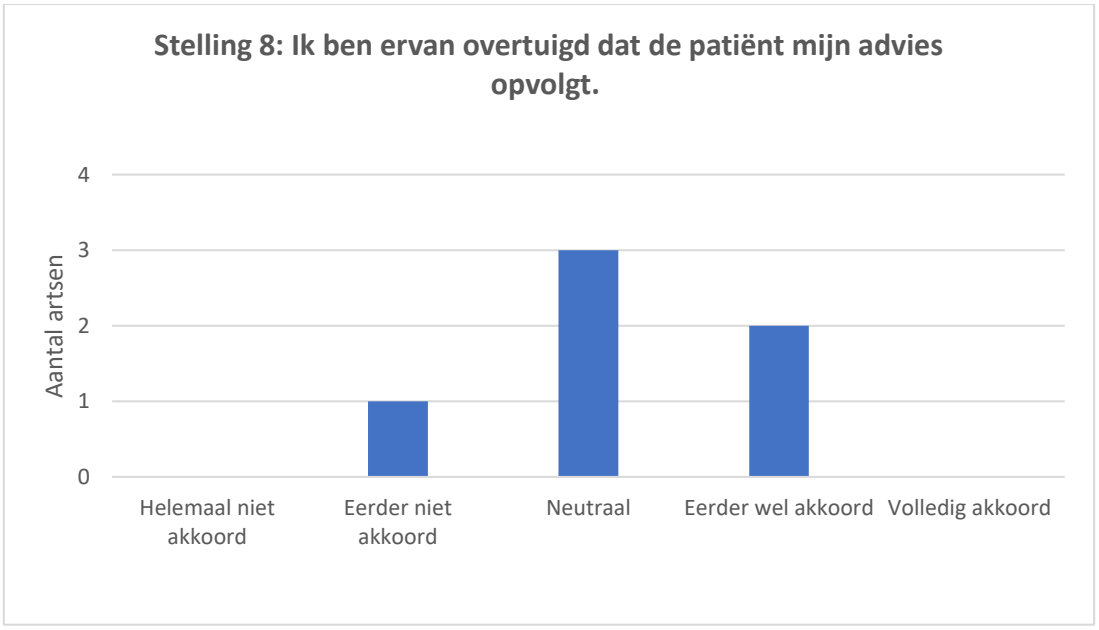

Stelling 3: Om het ziekte inzicht te bevorderen bij een patiënt met acute lagerugpijn is het belangrijk om voldoende uitleg te geven over de anatomie van de rug en pathofysiologie van acute lage rugpijn.
Aantal artsen
0
1
2
3
4
Helemaal niet akkoord
Eerder niet akkoord
Neutraal
Eerder wel akkoord
Volledig akkoord


Stelling 4: Bij een toename van de pijn (bvb door bewegen/activiteit) treedt er meer schade op in de rug.
Aantal artsen
0
1
2
3
4
5
Helemaal niet akkoord
Eerder niet akkoord
Neutraal
Eerder wel akkoord
Volledig akkoord


Stelling 5: Ik raad mijn patiënten aan actief te zijn, ook tijdens een episode van acute lagerugpijn.
Aantal artsen
4
3
2
1
0
Helemaal niet akkoord
Eerder niet akkoord
Neutraal
Eerder wel akkoord
Volledig akkoord


Stelling 6: Tijdens het consult probeer ik samen met de patiënt een (bewegings)plan op te stellen, dat voor de patiënt haalbaar is.
Aantal artsen
4
3
2
1
0
Helemaal niet akkoord
Eerder niet akkoord
Neutraal
Eerder wel akkoord
Volledig akkoord


Stelling 7: Bij een episode van acute lagerugpijn verwijs ik voor het merendeel van mijn patiënten door naar een kinesitherapeut.
Aantal artsen
5
4
3
2
1
0
Helemaal niet akkoord
Eerder niet akkoord
Neutraal
Eerder wel akkoord
Volledig akkoord


Stelling 8: Ik ben ervan overtuigd dat de patiënt mijn advies opvolgt.
Aantal artsen
4
3
2
1
0
Helemaal niet akkoord
Eerder niet akkoord
Neutraal
Eerder wel akkoord
Volledig akkoord

Bijlage 5: Patiëntenbrochure gebruikt in Praktijk A

Acute lage rugpijn



Wat is lage rugpijn?

- Pijn in de onderrug, soms met uitstraling naar de benen
- Meestal géén onderliggende structurele schade
- Wél disbalans in werking van spieren, banden en gewrichten

Hoelang houdt het aan?

- Meestal < 1 maand
- Kans op herval binnen het jaar = 50 %
- Indien toch > 12 weken: chronische lage rugpijn en is de kans op spontaan herstel kleiner
- Gelukkig kun je hier iets aan doen!

Alarm! ⚠

Eén van de volgende symptomen = contact opnemen met huisarts

- Krachtsvermindering in de benen
- Gevoelsstoornissen thv het zitvlak en/of de geslachtsdelen
- Plots verlies van urine en/of stoelgang
- Koorts en/of gewichtsverlies
- Verandering pijnpatroon

Beweging is het beste medicijn!

Volgende patiëntenbrochure is samengesteld door Dr. De Blende N. en Dr. Van Lembergen S.

Oorzaken

- Overbelasting
- Foutieve houdingen
- Foutief tillen of heffen
- Overgewicht

Wat mag ik wel doen?

Blijf in beweging ook als je rugpijn hebt!

- Ga zoveel mogelijk door met uw dagelijkse activiteiten
- Quasi elke activiteit is toegestaan
- Stel prioriteiten, doseer zo nodig

Beweging is goed, maar hoe?

Zoek een sport of vorm van lichaamsbeweging die je leuk vindt, bijvoorbeeld:

Joggen	Dansen	Zwemmen
Fietsen	Yoga	Huishouden
Voetbal	Wandelen	Tuinieren

Kleine tips:

- Neem de trap i.p.v. de lift
- Neem de fiets i.p.v. de auto

Wat mag ik niet doen?

Vermijd langdurig liggen en zitten, dit verzwakt de rugspieren en vertraagt spontaan herstel

Kleine tip:
Las micro-pauzes in, wissel iedere 30 minuten van houding

Wendt u tot uw huisarts bij:

- Alarmsymptomen
- Aanhoudende klachten (>12weken)

Bewegen als medicijn

- Bevordert herstelproces
- Versterkt rompstabiliteit
- Vermijdt chroniciteit
- Vermindert kans op herval



Bouw langzaam de duur en intensiteit op

Graag meer info?

- Voor meer informatie check: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/lagerugpijn-en-beenpijn
- Bij extra vragen, wendt u tot uw huisarts

Bijlage 6: Patiëntenbrochure gebruikt in Praktijk B

Lage Rugpijn



Beweging is het beste medicijn!

Volgende patiëntbrochure is samengesteld door Dr. De Blende N. en Dr. Van Lembergen S.

Wat is lage rugpijn?

- Vaak voorkomende kwaal
- Pijn is voelbaar van de onderste ribben tot de billen en straalt soms uit naar de benen
- Meestal is er geen specifieke lichamelijke oorzaak
- Rug is niet beschadigd en er bestaat geen gevaar voor blijvende letsels.
- Voornaamste probleem is dat spieren, banden en gewrichten niet werken zoals het moet
- Ook bij hevige pijn is de kans groot dat de klachten volledig verdwijnen
- Gelukkig kun je hier iets aan doen!

Oorzaken

- Overbelasting - Acuut en chronisch
- Foutieve houdingen (een langdurig en/of verkeerde zit- en lighouding)
- Tillen van te zware voorwerpen of slechte tiltechniek
- Angst om pijn te hebben en te bewegen
- Slechte lichamelijk conditie

Progressie

- De meerderheid is klachtenvrij binnen 1 maand
- Indien de rugpijn toch langer dan 12 weken aanhoudt spreekt men van chronische lagen rugpijn en is de kans op spontaan herstel kleiner
- De kans op herval is echter groot: >50% van de patiënten krijgt binnen 1 jaar weer last in de rug

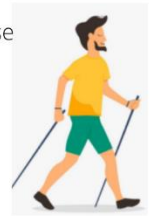
Alarm!

!!Eén van de volgende symptomen = contact opnemen met huisarts!!

- Krachtsvermindering in de benen
- Gevoelsstoornissen thv het zitvlak en/of de geslachtsdelen
- Plotse urine- en/of stoelgangsincontinentie
- Koorts en/of gewichtsverlies
- Verandering pijn

Life goes on!

- Ga zoveel mogelijk door met uw dagelijkse activiteiten:
  -Hobby's
  -Huishouden
  -Werk
- Stel prioriteiten in dagplanning,
- Elke activiteit is toegestaan
- Doseer zo nodig



ACTIEF BLIJVEN = BEVORDERT HERSTEL

Vermijd bedrust

- Vermijd langdurig liggen en zitten
- Langdurige immobilisatie verzwakt de rugspieren
- Langdurige stilziiten vertraagt spontaan herstel
- Las "micro-pauzes" in: +- iedere 30 min. wisselen van houding

Bewegen als medicijn

Blijf bewegen Ook als je rugpijn hebt!

Dit is niet schadelijk

Beweging bevordert het herstelproces

Vermijd chroniciteit & vermindert kans op herval

Verbetert algemene conditie

Sterkere rompstabiliteit



Beweging is goed, maar dokter hoe doe ik dat?

Kleine Tips:
-Neem de trap ipv de lift
-Neem de fiets ipv de auto

Zoek een sport of vorm van lichaamsbeweging die je leuk vindt

Zwemmen Wandelen Dansen

Yoga Tai Chi

Tuinieren Fietsen

Start low, go slow

Voetbal Joggen

Huishoudelijke Taken

Bouw langzaam de duur en intensiteit op

Graag meer info?

- Voor meer informatie check: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/lagerugpijn-en-beenpijn
- Bij extra vragen, wendt u tot uw huisarts

Bijlage 7: Persoonlijke reflectie masterproef Sander Van Lembergen

Het groepsproces waarin deze scriptie tot stand is kunnen komen verliep vlot. Ik had het geluk deze masterproef samen met een goede vriend, Nando De Blende, te kunnen uitvoeren. Vanuit eenzelfde interesse (bewegingsstelsel en sportgeneeskunde) en dezelfde vaak voorkomende ergernis uit de praktijk (patiënten met aspecifieke lagerugpijn die geen actieve houding aannemen), kwamen we op het idee om onze krachten te bundelen en deze masterproef samen uit te voeren. Dit in de vorm van een praktijkverbeterend project.

De samenwerking tussen ons beiden gedurende het hele project verliep zonder incidenten. Waar de eerste maanden van onze HAIO periode de focus lag op het klinische werk in de huisartsenpraktijk konden we in de loop der tijd elkaar motiveren steeds meer tijd en energie vrij te maken om aan deze studie te werken. Hoewel het opzet van deze masterproef - het stimuleren en activeren van patiënten met aspecifieke lagerugpijn - meteen duidelijk was, was het lange tijd zoeken naar een praktische uitwerking hiervan. Initieel lag onze focus op het opstellen van een oefenprogramma. Al snel bleek dat dit niet relevant was, noch praktisch haalbaar. Mits goede begeleiding door onze promotor en copromotor kwam dit proces de laatste maanden duidelijk in een stroomversnelling en de juiste richting terecht. De gehele uitwerking van dit project tussen ons beiden verliep synchroon, vaak via Zoom-sessies, waarbij we simultaan tewerk konden gaan. Hierdoor waren we beiden voortdurend op de hoogte van de voortgang en de wending die onze studie aannam.

De samenwerking tussen ons beiden verliep complementair. Nando had meer kunde in het uitwerken van de methodologie (vb. audit via het EMD CareConnect®), het werken met Excel voor de resultatenverwerking van de stellingen en het creëren van een correcte lay-out. Mijn aandeel lag daarentegen meer in de tekstverwerking (correcte translatie, logische opbouw en diepgang in onze literatuurstudie) en het uitschrijven van de scriptie met het bewaren van de structuur.

Het uitwerken van de masterproef is een verdiepende studie binnen een zeer beperkt onderwerp, dit in een zeer breed werkveld van de huisartsgeneeskunde. Toch bracht deze studie me een aantal nieuwe inzichten bij, die ook tijdens mijn verdere carrière als huisarts zeker een meerwaarde kunnen zijn. Dit zowel binnen het onderzochte thema, als over zaken daarbuiten.
De kernpunten, die we haalden uit de literatuurstudie en als rode draad naar voor brachten tijdens de artsenteaching, zijn een eyeopener.

Het belang van correcte patiëntencommunicatie valt niet te onderschatten, met vooral de nuance en de klemtoon die je als arts binnen je communicatiestijl hanteert. Ook nu nog betrap ik mezelf tijdens het

consultvoeren op inhiberende, restrictieve boodschappen over te brengen aan de patiënt. De literatuurstudie leert ons echter dat het juist deze boodschappen zijn die de patiënt onthoudt: “De dokter heeft gezegd dat ik dit zeker niet mag doen”. Het kan het optreden van schuld- en angstgevoelens doen toenemen. Ik tracht dan ook steeds zo snel mogelijk de switch te maken naar het stimuleren van de patiënt en de zaken te benoemen wat men juist wel mag, kan en moet doen. Zowel voor klachten van aspecifieke lagerugpijn als voor andere diagnoses.

Ook het tweede kernpunt is een opsteker. Vanuit medisch standpunt is het verleidelijk om de patiënt te *teachen* in zijn aandoening door gebruik te maken van het anatomopathologische verklaringsmodel. Wat destijds in de ziekenhuisstage fysische geneeskunde een gewoonte is geworden (de medische beeldvorming grafisch illustreren aan de patiënt en koppelen aan zijn klachtenbeeld) kopieerde ik herhaaldelijk naar mijn consultvoeren binnen de huisartsenpraktijk (door middel van een online afbeelding). Deze studie bracht me echter bij dat dit niet aangewezen is. Het zorgt er juist voor dat patiënten de rug meer als een kwetsbare structuur aanschouwen. De boodschap die je overbrengt moet door de patiënt (die niet medisch geschoold is) opgevangen, vertaald en geïnterpreteerd worden. Hoe beknopter en relevanter deze is, hoe beter deze zal doordringen.

Ik ben me meer bewust van de onderliggende reden, de angst voor pijn en schade door te bewegen, die patiënten belemmert om het bewegingsadvies uit te voeren. Dit thema, kinesiofobie, is ook uit te breiden naar andere pathologie (vb. schouderblessures etc.).

Op persoonlijk vlak was het uitvoeren van een audit in het medisch dossier een relevant leerpunt. Het correct kunnen uitvoeren hiervan is een handige manier om in de toekomst vb. meer systematisch preventieve geneeskunde toe te passen (vb. vaccinaties), het oppuntstellen van zorgtrajecten,…

Eveneens is de eigen ontwikkelde patiëntenbrochure een handig instrument. Het kan dienen als tool om de diagnose, prognose en vooral de alarmsymptomen te duiden en te onderstrepen tijdens een consultatie. Ik vind het ook een handig instrument om mee te geven aan de patiënt. Naast het advies om actief te blijven, krijgt de patiënt op deze manier een handig overzicht mee waarom beweging van belang is en welke bewegingsvormen hij gerust kan uitvoeren tijdens een episode van aspecifieke lagerugpijn.

Ik geloof dat de masterproef ook een meerwaarde kan hebben voor derden. De collega huisartsen die de interventie hebben doorlopen reageerden positief en vermeldden dat het hen nieuwe inzichten bijbracht. De brochure werd eveneens positief onthaald door het merendeel der patiënten. Artsen kunnen er aldus baat bij hebben om in de toekomst deze brochure te blijven overhandigen aan hun patiënten.

Bijlage 8: Persoonlijke reflectie masterproef Nando De Blende

Er werd gevraagd om voor de afsluiting van de masteropleiding in de huisartsengeneeskunde een masterproef te schrijven. Ik koos ervoor dit te doen samen met een collega HAIO: Sander Van Lembergen. We opteerden voor een praktijkverbeterend project, liefst in een pathologie waarin we beiden geïnteresseerd zijn.

Een van de redenen van deze keuze was dat een praktijkverbeterend project eigenlijk voortdurend in een huisartsenpraktijk verricht wordt, dus ook na onze HAIO-opleiding. Per slot van rekening is een praktijkproject een uitgebreide zelfevaluatie van een probleem in de huisartsenpraktijk.

Onze aanvankelijke titel luidde: 'Zelfstandige oefentherapie bij aspecifieke lage rugpijn'. Nadat we meerdere keren met onze promotor en copromotor hadden afgestemd, stuitten we telkens op enkele struikelblokken. We gingen er dus initieel van uit dat het begrip '*actief zijn*' kon ingevuld worden door een zelfstandig oefenprogramma te doorlopen. Een niet-gesuperviseerd zelfstandig oefenprogramma werd uit de klinische richtlijnen, alsook uit een eerste verkennende literatuurstudie afgeraden. Ook werd het moeilijk te achterhalen wat 'het doorlopen van het oefenprogramma' nu effectief kon inhouden. En de vraag hoe dit veilig en verantwoord diende te gebeuren, konden we niet meteen beantwoorden. Zo ontstond de vraag wat het begrip actief zijn nu wel kon inhouden, aangezien dit niet concreet omschreven is en vaag blijft. Hieruit vloeide de titel van de masterproef voort: *'Hoe het implementeren van het concept self-management en het advies tot actief blijven bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn in de huisartsenpraktijk*?'.

Vervolgens dienden we de structuur van een praktijkverbeterend project concreet in te vullen. Wat is de voormeting ? Waaruit bestaat de interventie ? En vooral : wat is de nameting (wat willen we nu echt weten?) ?

Na deze trage start verliep het traject vrij vlot, enerzijds dankzij de deskundige feedback van onze promotor en onze copromotor, anderzijds doordat mijn collega en ik goed op elkaar ingespeeld waren.

We hebben daarom geprobeerd quasi gelijktijdig aan de thesis te werken. Er is dan ook geen sprake van een echte onderverdeling in taken. Het effectief neerpennen deden we eveneens met zijn tweeën om een verschil in stijl te vermijden, wat de masterproef moeilijk(er) leesbaar zou kunnen maken. Bij de literatuur zochten we wel eens afzonderlijk artikelen op a.d.h.v. dezelfde MESH-termen om na te gaan welke relevante artikels kwamen bovendrijven. We overlegden wel veelvuldig om te beslissen welke artikels we zouden opnemen en welke niet.

Het deel over de methodologie werd wel enigszins anders verdeeld. Ik nam meer de technische kant van de methodologie voor mijn rekening. Dit begon onder andere met anoniem de correcte data uit careconnect® halen. Vervolgens maakte ik hierop de beschrijvende statistiek en stelde ik de stroomdiagrammen op. De staafdiagrammen, die zowel in de masterproef als in de bijlagen zijn

opgenomen, nam ik eveneens voor mijn rekening. Tot slot stelde ik nog de referentielijst met de codering via *endnote*® op. We werkten dan ook complementair, waar ik meer de technische kant aanpakte, spendeerde Sander meer de focus op de tekstverwerking. De cruciale zaken die deel uitmaakten van de interventie, stelden we samen op. Dit bevat dus de powerpoint-presentatie voor de teaching alsook de patiëntenbrochures.

Met deze thesis hebben we geprobeerd een antwoord te formuleren op '*Hoe het implementeren van het concept self-management en het advies tot actief blijven bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn in de huisartsenpraktijk?'*. De resultaten en de conclusies van deze thesis zullen zeker nog van pas komen in het werkveld. In de nameting hebben we van patiënten zelf goede ideeën opgevangen die het mogelijk maken om voor elke patiënt het ideale bewegingsplan samen te stellen. De brochure blijft hierin mijn inziens zijn waarde behouden.

Verder merk ik dat ik, sinds de nameting afgelopen is, de consulten van aspecifieke lagerugpijn vanuit een andere bril bekijk. Het consult van aspecifieke lagerugpijn had voor mij al een ietwat typische vorm, inclusief een anatomopathologische beschrijving voor de verklaring van de klachten. Deze aanpassing van de communicatie voelde in het begin dan ook wat raar aan. Nu de resultaten van de thesis bekend zijn, merk ik dat ik deze communicatiestijl blijf behouden. Het aansporende beleid is volgens mij een meerwaarde om patiënten aan het bewegen te krijgen. Ik geef daarom de brochure mee aan patiënten van wie ik merk dat ze wat verontwaardigd zijn als ik hen adviseer om te bewegen. Met andere woorden, ik ben ervan overtuigd dat de interventie met een aansporend beleid een positieve invloed kan hebben op de patiënt.

Het was een meerwaarde om het project in de eigen huisartspraktijk te laten verlopen. Sommige patiënten die de interventie doorliepen, komen immers terug en weten hoe ik aspecifieke lagerugpijn benader. Ze geven al spontaan aan wat ze momenteel van beweging doen.

Niet alleen onze eigen consulten dienden anders aangepakt te worden, ook dienden we de collega-artsen aan te sporen om hun manier van communiceren aan te passen. In de rubriek van verder onderzoek, vroegen we ons af wat met dezelfde interventie de resultaten zouden zijn in andere huisartsenpraktijken. In deze optiek zou de interventie (met name de teaching samen met het meegeven van een patiëntenbrochure) moeten *aangeleerd* worden en stelden we ons de vraag of dit misschien in de toekomst kan gebruikt worden als onderdeel van een LOK.

Tot slot was dit praktijkverbeterend project een mooi voorbeeld van hoe een theoretische richtlijn in een huisartsenpraktijk kan worden geïmplementeerd en uitgevoerd. Het schrijven van deze masterproef heeft ons niet enkel geholpen om een kritische denkwijze te hanteren, maar ook om hoe we deze nieuwe informatie naar andere artsen kunnen aanbrengen.