Aanpak van nekpijn: ontwikkeling van aanbevelingen en interdisciplinaire samenwerking met kinesitherapeuten.

Adaptatie van Duodecim Richtlijn 'Neck and shoulder pain'

Dieleman Anouk, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Philips Hilde, Universiteit Antwerpen

Co-promotor en praktijkopleider: Stubbe Carl

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract:
Aanpak van nekpijn: Ontwikkeling van aanbevelingen en interdisciplinaire samenwerking met kinesitherapeuten. Adaptatie van Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain'.

Haio: Anouk DIELEMAN,Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Dr. Hilde PHILIPS
Co-promotor en praktijkopleider: Dr. Carl STUBBE

Context:
Adaptatie van Duodecim richtlijn 'Neck and shoulderpain' aan de Belgische context onder begeleiding van EBMPracticeNet en implementatie in de huisartsenpraktijk met focus op samenwerking met kinesitherapeuten.

Onderzoeksvragen:
Er werden door twee onderzoekers vijf klinische vragen opgesteld. Deze masterproef bespreekt: Wat zijn de indicaties voor medische beeldvorming bij patiënten met niet-traumatische nekpijn? Wat is het effect van lichamelijke activiteit en/of kinesitherapie op gelokaliseerde nekpijn? De overige drie klinische vragen over het behoud van dagelijkse activiteit en perorale medicamenteuze behandeling worden besproken in de masterproef van Kristien Willems.

Methode:
Verscheidene internationale databanken en Belgische bronnen werden afzonderlijk geraadpleegd door twee onderzoekers voor de vooropgestelde klinische vragen. De gevonden literatuur werd gescreend en de weerhouden richtlijnen werden geëvalueerd met AGREE II. De inhoud van de aanbevelingen werd geïnventariseerd en gewaardeerd op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. Meningsverschillen werden na discussie door consensus tussen beiden opgelost. De geselecteerde aanbevelingen werden nagelezen door de leescommisie van EBMPracticeNet. Vervolgens was er de adaptatie van de bestaande Duodecimrichtlijn inhoudelijk en contextueel voor België. Bij de implementatiefase werd de proefversie van de aanbevelingen getoetst in een erkende bijscholingsgroep en twee seminariegroepen met een peer review aan de hand van een diapresentatie met casuïstiek. De aanbevelingen werden finaal aangepast met de weerhouden opmerkingen uit de peer review. Er werd een praktijkprotocol uitgewerkt en een interdisciplinaire samenwerking met kinesitherapeuten opgestart.

Resultaten:
ADAPTE werd toegepast op twee richtlijnen en een kennisrapport. De geadapteerde aanbevelingen over nekpijn voor huisartsgeneeskunde in Belgische context werden uitgeschreven tot een volledige richtlijn en deze zal worden gepubliceerd op EBMPracticeNet en toegankelijk zijn vanuit het elektronisch medisch dossier (EMD). In de opleidingspraktijk maakt men gebruik van het praktijkprotocol voor een casus met nekpijn en er werd een interdisciplinaire samenwerking met kinesitherapeuten, op basis van de sociale kaart, opgestart. Dit laatste gebeurde aan de hand van een patiëntenfolder, een standaard kinesitherapievoorschrift in het EMD en een informatiebrief voor nieuwe kinesitherapeuten.

Conclusies:
De Duodecimrichtlijn 'Neck and Shoulderpain' werd aangepast aan de Belgische context en geïmplementeerd. De belangrijkste boodschappen uit de aanbevelingen zijn dat beeldvorming, meer bepaald radiografie van de cervicale wervelkolom, zelden geïndiceerd is en dat de voorkeur uitgaat naar een multimodale behandeling op vlak van kinesitherapie. Het doel van deze aanbevelingen is om de klinische praktijk van Belgische huisartsen te verbeteren bij gelokaliseerde en radiculaire nekpijn.

Trefwoorden:
Nekpijn, kinesitherapeut, huisartsgeneeskunde
ICPC-code: L01 cervicalgie, L03 nekpijn, L83 cervicaal syndroom

Contact:
anouk_dieleman@hotmail.com

Woord vooraf

Graag wil ik mijn oprechte dank betuigen aan mijn promotor Hilde Philips voor de persoonlijke begeleiding bij de realisatie van deze masterproef. Als ervaringsdeskundige heeft zij mij geholpen om tot dit eindresultaat te komen.

Ik dank ook de leden van EBMPracticenet voor de organisatorische begeleiding en de feedback op de overlegmomenten.

De peer review en implementatie van deze masterproef zouden niet mogelijk geweest zijn zonder de ondersteuning van de opleidingspraktijk 'Groepspraktijk Fruithof', de meewerkende kinesisten uit de regio en mijn praktijkopleider Carl Stubbe.

Tot slot wil ik Kristien Willems bedanken voor de tijd, steun en motivatie die ik van haar kreeg om door te werken aan onze masterproef.

"Kostbaar is de wijsheid die door ervaring wordt verkregen."

R. Ascham, schrijver 16e eeuw.

Mechelen, 27 april 2014. A.D.

Inhoudsopgave

Abstract…….. 2

Dankwoord…… 3

1. Inleiding…….. 6

1.1 Motivatie…….. 6

1.2 Stand van de literatuur.....6

1.3 Kernproblemen.....6

1.4 Doelstelling.....6

2. Methodologie.....7

2.1 De ontwikkeling van een geadapteerde richtlijn.....7

2.1.1 Definitie van klinische vragen.....7

2.1.2. Literatuurstudie.....8

2.1.3. Adapte procedure tot een proefversie van de aanbevelingen.....8

2.1.4. Implementatie: peer review.....9

2.1.5. Finale versie van de aanbevelingen en het uitschrijven van een richtlijn voor EBMPracticeNet.....9

2.2 Implementatie in de praktijk.....10

3. Resultaten.....10

3.1. De ontwikkeling van een geadapteerde richtlijn.....10

3.1.1. Literatuurstudie.....10

3.1.2. Adapte procedure tot een proefversie van de aanbevelingen.....11

3.1.3. Implementatie: peer review.....12

3.1.4. Finale versie van de aanbevelingen en het uitschrijven van een richtlijn voor EBMPracticeNet.....12

3.2. Implementatie in de praktijk.....13

4. Discussie.....15

4.1. Inzichten en interpretaties.....15

4.2. Sterktes en beperkingen.....15

4.2.1. Sterktes.....15

4.2.2. Beperkingen.....16

4.3. Consequenties.....17

5. Besluit.....17

6. Referenties.....18

7. Bijlagen.....19
Bijlage 1: Geadapteerde richtlijn.....20
Bijlage 2: Patiëntenfolder.....45
Bijlage 3: Kinesitherapievoorschrift EMD.....46
Bijlage 4: Praktijkprotocol.....47
Bijlage 5: Samenwerkingsprotocol kinesitherapeuten.....48

Andere bijlagen beschikbaar bij de auteurs

Engelse samenvatting van de adaptaties t.o.v. de oorspronkelijke Duodecim richtlijn

Diapresentatie peer review erkende bijscholingsgroep

Diapresentatie peer review seminariegroep

Diapresentatie kinesitherapeuten

Diapresentatie praktijkprotocol Huisartsengroep Fruithof

Papieren versie met de antwoorden op de klinische vragen

Gebundelde opmerkingen uit peer review met redenen voor weerhouden/verwerpen

1. Inleiding

1.1 Motivatie

Mijn interesse voor deze masterproef werd gewekt door de kennismaking met het proces van richtlijnontwikkeling. Hierbij komen volgende vragen spontaan aan bod: “Hoe wordt een richtlijn opgesteld?”, “Wat is de waarde van de vele richtlijnen die we gebruiken?” en “Is de richtlijn wel of niet toepasbaar in de praktijk?”

Nekklachten behoren tot de dagelijkse praktijk van de huisarts en het leek het me een uitdaging om na te gaan welk beleid nu het beste wordt toegepast in een bepaalde situatie.

Het uitwerken van een praktijkprotocol en het opstarten van een interdisciplinaire samenwerking met kinesisten zou een aanvullende zinvolle implementatie van de richtlijn zijn. Dit allemaal in een tijdperk waarin inter- en multidisciplinair samenwerken in de 1e lijnsgeneeskunde alsmaar belangrijker wordt, met oog voor evidence-based medicine.

1.2 Stand van de literatuur

Het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in België over aspecifieke nekpijn van 2009 geeft al veel wetenschappelijke informatie over het onderwerp.[1] Na 2009 zijn er nog wereldwijd nieuwe richtlijnen bijgekomen over nekpijn. De Duodecim richtlijn is intussen vier jaar oud. Een herziening en aanvulling van deze richtlijn leek dan ook op zijn plaats. Dit onderdeel van de thesis deed ik in samenwerking met collega Huisarts in opleiding (HAIO) Kristien Willems.

1.3 Kernproblemen

De problemen waarmee je als huisarts geconfronteerd wordt bij patiënten met nekpijn , zijn onder meer het absenteïsme, het optimaal gebruik van medische beeldvorming, de verschillende kinesitherapeutische behandelingsvormen en de perorale medicamenteuze pijnbestrijding.

1.4 Doelstelling

Het doel van deze masterproef is om de Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain', die door de redactie van EBMPracticeNet op basis van kwaliteit van inhoud en toepasbaarheid in de Belgische context een negatieve beoordeling kreeg, te adapteren en de geadapteerde aanbevelingen vervolgens te implementeren in de praktijk.[2]

Met het opstellen van een praktijkprotocol en de opstart van een interdisciplinaire samenwerking met kinesitherapeuten - als individueel project in deze masterproef- wordt getracht om de samenwerking tussen patiënt, huisartsengroep en kinesitherapeut te optimaliseren.

2. Methodologie

Het "Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be" werd strikt gevolgd.[3] Dit handboek werd opgemaakt aan de hand van de "Adapte Manual and Resource Kit".[4]

Uit een lijst van geselecteerde Duodecim richtijnen die door de redactie van EBMPracticeNet een negatieve beoordeling kregen en waar dus herziening noodzakelijk is, werd de richtlijn 'Neck and shoulder pain' gekozen.[2]

2.1 De ontwikkeling van een geadapteerde richtlijn

2.1.1 Definitie van klinische vragen

Op basis van eigen interesse en opmerkingen over de correctheid van de Duodecim richtlijn werd besloten om dieper in te gaan op de thema's "diagnostiek" en "behandeling". Er werden vijf klinische vragen geformuleerd. Deze vragen werden tijdens het proces meermaals herschreven. De finale vijf klinische onderzoeksvragen zijn:

1. Wat zijn de indicaties voor medische beeldvorming bij patiënten met niet-traumatische nekpijn?

2. Wat is het verschil in evolutie tussen behoud van dagelijkse activiteiten en volledige rust bij de aanpak van gelokaliseerde nekpijn?

3. Wat is het effect van lichamelijke activiteit en/of kinesitherapie op gelokaliseerde nekpijn?

4. Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op gelokaliseerde nekpijn?

5. Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op radiculaire nekpijn?

Voor elke klinische vraag werd de PICO-methode gebruikt. Bij elke klinische vraag werd een volwassen casuspatiënt (ouder dan 18 jaar) gedefinieerd die in vraag 1 t.e.m. 4 lijdt aan aspecifieke nekpijn en in vraag 5 aan radiculaire nekpijn. De exclusiecriteria uit het KCE rapport werden overgenomen.[1] Bij de Interventie van vraag 3 werd elektrotherapie geëxcludeerd, bij vraag 4 en 5 werden infiltratie en injectie uitgesloten.

2.1.2 Literatuurstudie

Om de klinische vragen te beantwoorden werden medische databanken geraadpleegd. Kristien Willems (= onderzoeker 1) ging op zoek naar een antwoord op vraag 2, 4 en 5. Anouk Dieleman (= onderzoeker 2) focuste zich op vraag 1 en 3. Quaternaire bronnen werden eerst geraadpleegd, vervolgens de tertiaire en secundaire bronnen. Er werd enerzijds gezocht in de grote internationale databanken: Guidelines International Network (GIN), National Guideline Clearinghouse (NGC), Clinical Knowledge Summaries (CKS) van National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottisch Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Embase, Cochrane, Physiotherapy Evidence Database (PEDro), Trip database en Medline. Anderzijds werden de volgende Belgische bronnen geraadpleegd: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Federale Overheidsdienst (FOD) Gezondheidszorg, Domus Medica, Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutisch Informatie (BCFI), Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en Minerva. Met de gepaste zoektermen (Mesh termen: "nekpijn", "neck pain", "radicular neck pain", "cervical radiculopathy", "radiography", "imaging", "bed rest", "immobilization", "activities of daily living", "absenteeism", "neck pain exercise", "neck pain physical therapy", "mobilisation", "manipulation", "analgesic", "non-narcotic analgesic") werden de geselecteerde informatiebronnen doorzocht. Titels en abstracts van de gevonden artikels werden doorgelezen en de relevante literatuur vanaf 2009 werd weerhouden. Beide onderzoekers werkten onafhankelijk van elkaar en kregen slechts inzage in elkaars resultaten nadat hun eigen literatuurstudie gebeurd was. De gevonden literatuur werd inhoudelijk gescreend en de weerhouden richtlijnen werden onafhankelijk van elkaar gewaardeerd met het Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) instrument.[5] Meningsverschillen werden na discussie door consensus tussen beiden opgelost.

2.1.3 Adapte procedure tot een proefversie van de aanbevelingen

Voor de richtlijnen die na AGREE II werden weerhouden, werd voor elke klinische vraag de inhoud van de aanbevelingen, de onderliggende evidentie en de gegeven graad van aanbeveling geïnventariseerd. De aanbevelingen werden gewaardeerd op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. Parallel aan dit proces werd ook voor elke klinische vraag de inhoud van de Belgische Evidence-Based Medicine (EBM)-informatie samengevat.

Per klinische vraag werd bij consensus besloten of de inhoud van de oorspronkelijke Duodecim aanbeveling moest geadapteerd worden en/of de Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE) moest aangepast worden. Indien adaptatie nodig was, werd overeengekomen welke richtlijnen en welke Belgische EBM-informatie zou gebruikt worden in het adaptatieproces. Aan elke aanbeveling werd via vijf stappen een GRADE toegekend. Voor vraag 2, 4 en 5 werd dit gedaan door onderzoeker 1, voor vraag 1 en 3 door onderzoeker 2.

De leescommissie van EBMPracticeNet beoordeelde de voorgaande screeningsfase. Na haar goedkeuring gebeurde de inhoudelijke en contextuele adaptatie van de bestaande Duodecim richtlijn om te komen tot een proefversie van de aanbevelingen voor België.

2.1.4 Implementatie: peer review

De geadapteerde aanbevelingen werden ter beoordeling voorgelegd aan de doelgroep, namelijk de Belgische huisartsen. De peer reviews gebeurden aan de hand van een diapresentatie (te verkrijgen bij de auteurs). Met toestemming van de deelnemers werd de bijeenkomst opgenomen op video- en/of audiomateriaal. Eerst werden de inhoud en het doel van de masterproef toegelicht. Nadien werden vier casussen voorgelegd die zorgvuldig geformuleerd werden zodat elke casus een klinische vraag toelichtte. Telkens werd een vraag gesteld met meerdere antwoordmogelijkheden. De deelnemers konden vervolgens de kleurkaart(en) overeenkomend met hun antwoord(en) in de lucht te steken. De gekozen antwoorden werden genoteerd. Daarna werden de geadapteerde aanbevelingen met de daarbij horende antwoorden op de casuïstiek meegedeeld. Een papieren versie met de antwoorden op de klinische vragen werd uitgedeeld (te verkrijgen bij de auteurs). Er werd gevraagd aan de deelnemers om bij elke klinische vraag hun opmerkingen over inhoud en toepasbaarheid in de praktijk te noteren. Tot slot was er ruimte voor een mondelinge discussie. De proefversie van de aanbevelingen met de vraag tot aanvullende feedback werd via e-mail verstuurd naar de leden, inclusief de afwezigen, van de eerste peer review groep. De diapresentatie werd, tussen de verschillende peer reviews, op basis van de weerhouden opmerkingen aangepast.

Alle opmerkingen uit de peer reviews werden gebundeld in verschillende documenten. Via consensus werd door de onderzoekers besloten welke opmerkingen werden weerhouden. De redenen voor het weerhouden of verwerpen van de opmerkingen werden aan de documenten toegevoegd (te verkrijgen bij de auteurs).

2.1.5 Finale versie van de aanbevelingen en het uitschrijven van een richtlijn voor EBMPracticeNet

Met behulp van de weerhouden opmerkingen uit de verschillende peer reviews werden de aanbevelingen finaal aangepast. Onderzoeker 2 deed de aanpassingen voor klinische vraag 1 en 3, onderzoeker 1 deed dit voor vraag 2, 4 en 5. De richtlijn voor EBMPracticeNet werd opgesteld.

De wijzigingen t.o.v. de oorspronkelijke Duodecim richtlijn en de redenering hiertoe werden vertaald naar het Engels.

2.2 Implementatie in de praktijk

Onderzoeker 2 heeft in de eigen opleidingspraktijk de verdere implementatie van de geadapteerde aanbevelingen voorgesteld, en ook de derde klinische vraag verder uitgewerkt voor implementatie.

Het opzet was om na te gaan hoe een interdisciplinaire samenwerking met kinesitherapeuten kan opgezet en georganiseerd worden. Hiervoor werden volgende tools ontwikkeld. Er werd een patiëntenfolder gemaakt op basis van de bestaande medische informatie op www.thuisarts.nl [6] en een standaard kinesitherapievoorschrift voor gebruik in het elektronisch medisch dossier (EMD) dat terug te vinden is met de zoektermen "nekpijn" en "cervicalgie".

Er werd een lijst gemaakt van de kinesitherapeuten uit het werkgebied van de praktijk aan de hand van de bestaande sociale kaart van de praktijk, aangevuld met kinesitherapeuten gevonden via www.desocialekaart.be en www.axxon.be, de nationale koepel van kinesitherapeuten. Deze kinesitherapeuten werden telefonisch gecontacteerd om hun medewerking te vragen. Vervolgens kregen de geïnteresseerden de aanbevelingen, de patiëntenfolder en het kinesitherapievoorschrift doorgemaild. Aanvullend kregen ze een uitnodiging voor een vergadering op de praktijk twee weken later. Ze kregen hiervoor een herinneringsmail vijf dagen voor de geplande datum.

Op de vergadering met de kinesitherapeuten werden bovenstaande tools besproken aan de hand van een diapresentatie en een papieren versie. Er werd consensus bereikt over de verschillende aspecten van de samenwerking. De opmerkingen van de kinesitherapeuten werden meegenomen en aanpassingen aan de patiëntenfolder en het kinesitherapievoorschrift werden gemaakt (presentatie beschikbaar bij de auteurs).

Op de praktijkvergadering met de huisartsen (van de praktijk) werden de afspraken met de kinesitherapeuten besproken aan de hand van een diapresentatie en nadien werd een praktijkprotocol uitgewerkt; dit bepaalt onder andere hoe de patiënten op een uniforme wijze geïnformeerd worden en de consulten genoteerd in het EMD. Op deze manier kan later een evaluatie gebeuren van de implementatie van het project, onder meer aan de hand van de ICPC codering. Een aanvullende procedure voor nieuwe geïnteresseerde kinesitherapeuten werd gevraagd en opgesteld.

3. Resultaten

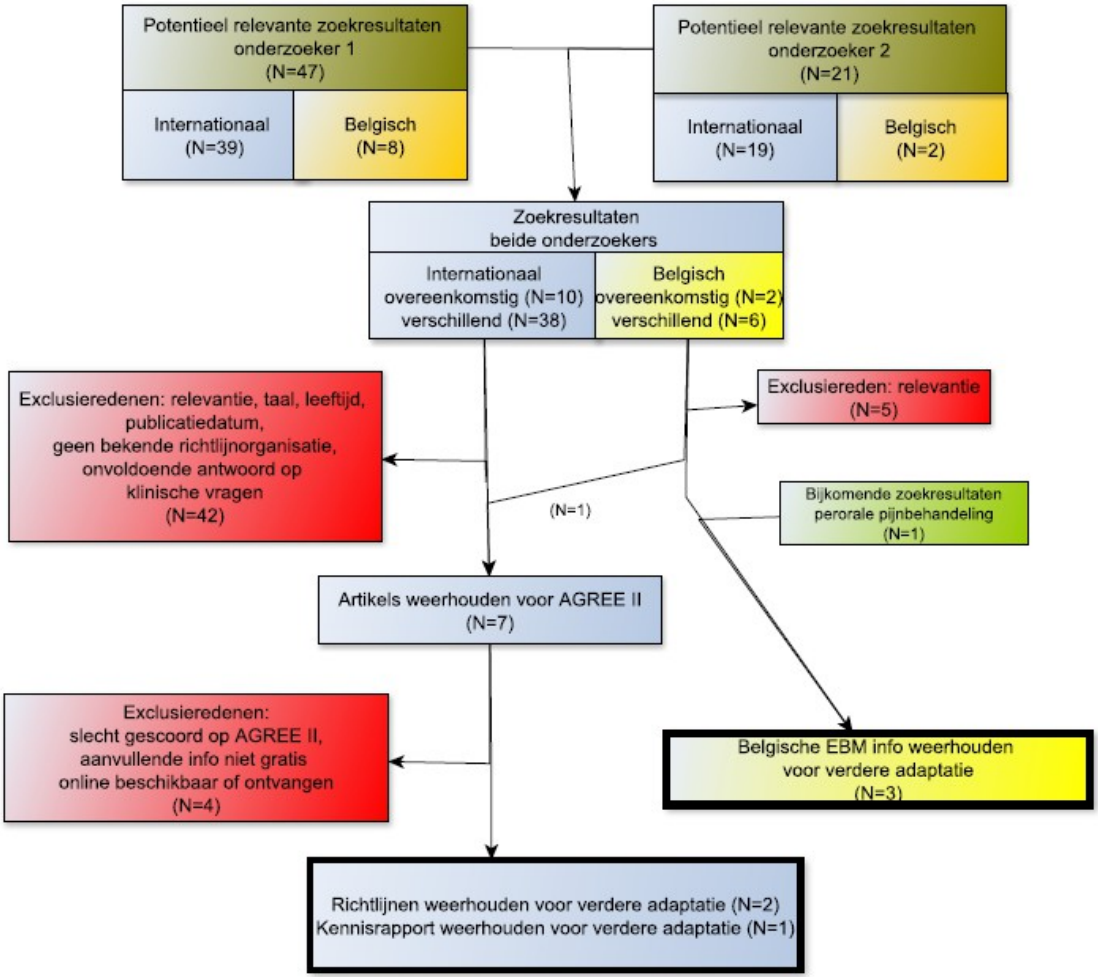
3.1 De ontwikkeling van een geadapteerde richtlijn

3.1.1 Literatuurstudie

Er werden door beide onderzoekers samen 48 unieke en potentieel relevante resultaten gevonden in de internationale databanken en 8 in de Belgische literatuurbronnen. Er werden 7 artikels weerhouden voor waardering met het AGREE II instrument. Finaal werden 2 richtlijnen en 1 kennisrapport weerhouden voor adaptatie van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn.[2] Meer bepaald 2 Clinical Knowledge Summaries (CKS) richtlijnen en een KCE rapport.[7-8,1] Er werden 3 Belgische EBM publicaties weerhouden (figuur 1).

De literatuurstudie wordt in detail weergegeven in de matrix.[9]

Figuur 1: Stappenproces van de literatuurstudie.



3.1.2 Adapte procedure tot een proefversie van de aanbevelingen

De Adapte procedure wordt in detail uitgelegd in de matrix.[9]

De uitwerking van stap 4.2 t.e.m. 4.5 voor de Duodecim richtlijn en de CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' gebeurde door onderzoeker 1, voor de CKS richtlijn 'Neck pain – cervical radiculpathy' en het KCE rapport gebeurde dit door onderzoeker 2. Per klinische vraag werd een gedetailleerde beschrijving van de gebruikte evidentie, aanvullende informatie en consensus procedures opgemaakt. Deze beschrijving is terug te vinden in de richtlijn (bijlage 1) onder *punt 8) Basis voor de aanbeveling*.

3.1.3 Implementatie: peer review

De eerste peer review vond plaats op 1 oktober 2013 in een erkende bijscholingsgroep ("WOGB Berchem" – erkenningsnummer 1.604) door beide onderzoekers. De artsen van de opleidingspraktijk

van onderzoeker 2 maken deel uit van deze bijscholingsgroep. Er waren 14 huisartsen aanwezig. Een open discussie werd gevoerd na de presentatie. Nadien volgde via e-mail nog feedback van 3 huisartsen.

Op 5 november 2013 werd de peer review met aangepaste diapresentatie gehouden in 2 HuisArts In Opleiding-seminariegroepen (HAIO seminariegroepen). In groep 0032 onder leiding van stagecoördinator Kristof Hillemans te Kontich deed onderzoeker 2 de presentatie, er waren 11 deelnemers. In groep 0031 onder leiding van stagecoördinator Luc Van Imschoot te Malle deed onderzoeker 1 de presentatie, er waren 12 deelnemers.

Tevens werden de aanbevelingen ter beoordeling voorgelegd aan de collega's van de opleidingspraktijk van onderzoeker 1 (groepspraktijk CV Medizorg te Wuustwezel met 3 huisartsen).

3.1.4 Finale versie van aanbevelingen en uitschrijven van richtlijn voor EBMPracticeNet

Met behulp van de weerhouden opmerkingen uit de verschillende peer reviews werden de aanbevelingen finaal aangepast. Alle weerhouden opmerkingen werden beschreven in de richtlijn onder *punt 9) Peer review proces – A. Opmerkingen en eventuele aanpassing na peer review*. De relevante opmerkingen voor de klinische vragen werden beschreven onder *punt 7) Toelichting tot de aanbeveling – C. Kritische opmerking over de implementatie na peer review*. De opmerkingen die niet van toepassing waren op de klinische vragen werden verwezen naar punt *10 b) Researchagenda*.

Het geadapteerde antwoord op de klinische vraag: 'Wat zijn de indicaties voor medische beeldvorming bij patiënten met niet-traumatische nekpijn?' is: Vraag geen RX CWK aan, behalve bij acuut trauma. (1C) Overweeg beeldvorming als na anamnese en klinisch onderzoek een ernstige ziekte wordt vermoed. (2C) Overweeg zeker een RX CWK als de gelokaliseerde nekpijn langer dan zes weken duurt. Vraag geen nieuwe RX CWK als de pijn nadien terugkeert, tenzij een ernstige ziekte wordt vermoed. (2C) Overweeg een MRI CWK of CT CWK als er tekens zijn van uitgesproken of voortschrijdende spierzwakte of van uitstralende ondraaglijke pijn. (2C)Verwijs naar een specialist. (2C)

Het antwoord op de klinische vraag: 'Wat is het effect van lichamelijke activiteit en/of kinesitherapie op gelokaliseerde nekpijn?' luidt als volgt: Overweeg lichte fysieke activiteit, zoals wandelen, om conditie te behouden. (2C) Overweeg actieve oefentherapie (onder toezicht of aangeleerde thuisoefeningen) om de kracht en het uithoudingsvermogen van de nek-, schouder- en armspieren bij chronische pijn te verbeteren. (2B) Overweeg mobilisatie bij chronische pijn. (2B) Overweeg manipulatie van de cervicale wervelkolom. (2B) Adviseer een multimodale behandeling, dit is een combinatie van ten minste twee verschillende therapeutische modaliteiten. Meer specifiek, adviseer de combinatie van oefentherapie en een vorm van manuele therapie (mobilisatie en/of manipulatie). (1B)

Er is onvoldoende bewijskracht beschikbaar voor massage, warmte- of koudeapplicatie en tractie. (2C)

De geadapteerde kernboodschappen van de vijf klinische vragen zijn beschreven in de richtlijn (bijlage 1) onder *punt 6) Kernboodschappen*. Per klinische vraag is de toelichting terug te vinden onder *punt 7) Toelichting tot de aanbeveling – a) Praktische toelichting tot de kernboodschap*. De richtlijn zal gepubliceerd worden op de database van EBMPracticeNet waardoor ze beschikbaar wordt voor alle huisartsen.

De wijzigingen t.o.v. de oorspronkelijke Duodecim richtlijn werden vertaald naar het Engels en weergegeven in een samenvatting (beschikbaar bij de auteurs). Om de redenering tot adaptatie toe te lichten, werd een samenvatting en vertaling van *punt 8) Basis voor de aanbeveling* gemaakt (beschikbaar bij de auteurs).

3.2 Implementatie in de praktijk

Op de lijst van aan te schrijven kinesitherapeuten stonden 30 kinesitherapeuten uit 11 verschillende praktijken, geografisch gespreid rond de groepspraktijk Fruithof te Berchem. Interesse na telefonisch contact was er van 28 van de 30 kinesitherapeuten, uit 9 verschillende praktijken. Zij kregen een mail en uitnodiging voor de vergadering. Redenen om niet deel te nemen waren: geen interesse, geografisch ander werkingsgebied en weinig verwijzingen vanuit onze praktijk. Op de vergadering op 4 december 2013 waren 14 kinesitherapeuten aanwezig van 7 verschillende praktijken. Eén praktijk haakte af omdat ze zich meer specialiseren in respiratoire kinesitherapie, de andere kinesitherapeut omdat hij enkel klassieke kinesitherapie uitoefent en geen manuele therapie. Dit wordt weergegeven in figuur 2. Op de vergadering waren ook 3 huisartsen van de praktijk aanwezig. Consensus werd bereikt over volgende punten:

- Gezien de beperkte indicatie voor beeldvorming, dient de aanvraag hiervoor te gebeuren na overleg tussen de kinesist en de huisarts. Dit gebeurt niet alleen op vraag van de patiënt.
- Als een verlenging nodig is van het aantal kinesitherapiebeurten, zeker na 18 beurten, dient de patiënt op tussentijds consult bij de huisarts te komen. Telefonische verlenging van kinesitherapievoorschrift is hier niet aan de orde. Bij voorkeur is er ook een tussentijds verslag over de behandeling.
- Aan het einde van een kinesitherapeutische behandeling, zeker bij langdurige problematiek en patiëntprofiel II en III (*), verwachten we als huisarts een summier verslag van het verloop van de behandeling.

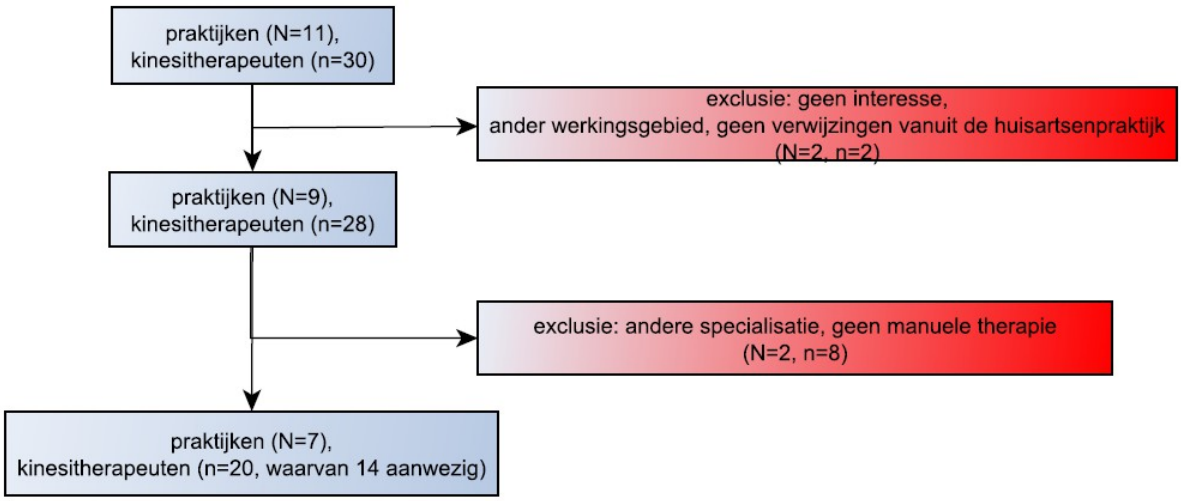
De contactgegevens van de kinesitherapeuten werden gecontroleerd in de bestaande sociale kaart en verbeterd waar nodig. Er is nog geen nieuwe kinesitherapeut toegetreden tot de samenwerking op 20/03/2014.

(*)Patiëntprofielen –

I: geen beperkingen in activiteiten en geen participatieproblemen

II: begrijpelijke en herkenbare samenhang tussen aanwezige stoornissen en ervaren beperkingen en/of participatieproblemen

III: discrepantie tussen aanwezige stoornissen en ervaren beperkingen in activiteiten en participatieproblemen



Figuur 2: Stappenproces vergadering kinesitherapeuten

De uiteindelijke versie van de patiëntenfolder, beschikbaar op het intranet van de huisartsenpraktijk, is te vinden in bijlage 2.

Het standaard kinesitherapievoorschrift dat voorgeprogrammeerd werd in het Elektronisch Medisch Dossier SoSoeMe is te vinden in bijlage 3.

Het praktijkprotocol voor de samenwerking van de vaste artsen met de kinesitherapeuten uit de regio is te vinden in bijlage 4. Het wordt toegepast vanaf 22 januari 2014.

Het protocol voor kinesitherapeuten die willen toetreden tot de samenwerking is te vinden in bijlage 5.

4. Discussie

4.1 Inzichten

Het opstellen van een evidence-based richtlijn is een arbeidsintensieve en minutieuze bezigheid. Alle stappen doorheen de ADAPTE procedure vergen veel aandacht en verantwoording, opdat andere onderzoekers tot dezelfde resultaten zouden komen, wanneer ze dezelfde methodologie gebruiken. Het schept wel veel vertrouwen in de grote richtlijndatabanken, daar zij ook steeds een nauwgezette procedure volgen voor de ontwikkeling en update van richtlijnen. De transparantie in de totstandkoming van een richtlijn draagt in grote mate bij aan de geloofwaardigheid en bruikbaarheid.

Bepaalde aanbevelingen van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn werden behouden, zo nodig werd een adaptatie uitgevoerd of een GRADE aangepast. Bij de adaptatie werd extra aandacht besteed aan de Belgische EBM-informatie om de toepasbaarheid in de Belgische context te optimaliseren en de opmerkingen uit de peer review. Over het algemeen werd een zwakke graad van aanbeveling en een laag evidentieniveau toegekend. De grootste veranderingen in de aanbevelingen situeren zich op het vlak van kinesitherapeutische behandeling, met de nadruk op multimodale behandeling en op vlak van de perorale medicamenteuze behandeling bij uitstralende nekpijn.

De uitgewerkte richtlijn over nekpijn zal gepubliceerd worden op EBMPracticeNet en voor huisartsen rechtstreeks toegankelijk zijn vanuit het Elektronisch Medisch Dossier.

De op puntstelling van een interdisciplinaire samenwerking met kinesitherapeuten geeft de richtlijn meer slagkracht. De respons van de kinesitherapeuten was groot. Hoe meer spelers in het veld dezelfde boodschap formuleren voor de patiënt en deze zo evidence-based mogelijk begeleiden, hoe sterker de consistentie zal zijn in de aanpak. Er werd geen meting uitgevoerd op vlak van het aantal radiografieën, het absenteïsme, doelgerichte multimodale behandeling en perorale medicamenteuze behandeling, maar men mag er waarschijnlijk van uitgaan dat deze protocollaire interdisciplinaire samenwerking de kwaliteit van de gezondheidszorg positief beïnvloedt.

4.2 Sterktes en beperkingen

4.2.1 Sterktes

De grote sterkte van deze masterproef is de concrete uitwerking van een richtlijn die voor alle huisartsen beschikbaar zal zijn. Daarenboven werd door de twee onderzoekers onafhankelijk onderzoek verricht voor de literatuurstudie en de ADAPTE procedure. Discussie en consensusvorming speelden slechts in een beperkt gedeelte van het proces een rol. Samen met de peer review maakt dit de bekomen aanbevelingen betrouwbaar en implementeerbaar.

De interdisciplinaire samenwerking met de kinesitherapeuten levert ook bruikbare documenten op om toe te passen in andere praktijken. De sociale kaart is hierbij ook vernieuwd. Een uitbreiding van de multidisciplinaire samenwerking voor andere pathologieën kan op dezelfde manier gebeuren.

4.2.2 Beperkingen

De zwakte van de masterproef situeert zich in de onvolledigheid van de richtlijn. In de Duodecim richtlijn komen nog andere aspecten aan bod zoals de anamnese, het klinisch onderzoek, vermoeden van ernstige problematiek en discushernia. Deze werden niet meegenomen in deze masterproef en de richtlijn, daar we ons beperkt hebben tot vijf klinische vragen en bijhorende PICO's. Deze aspecten zijn ook relevant en kunnen best aanvullend worden onderzocht in een volgende masterproef.

In de literatuurstudie werden enkele exclusiecriteria, zoals taal, gebruikt waardoor mogelijks interessante literatuur niet gevonden werd. Het is de eerste keer dat de procedure van EBMPracticeNet voor de adaptatie van Duodecim richtlijnen door HAIO's werd gevolgd, er was dus gebrek aan ervaring voor het doorlopen van het proces. De matrix werd doorheen het proces aangepast, de uitwerking tot een richtlijn inhoudelijk is niet precies vastgelegd.

In deze masterproef en voornamelijk in de richtlijn komen ogenschijnlijk veel herhalingen aan bod. De richtlijn lijkt hierdoor wat kunstmatig opgesteld. De verklaring hiervoor is dat een opgelegd format werd gebruikt. Dit zal in de elektronische versie verbeterd worden door "doorklikmogelijkheden" voor wie meer informatie wil.

De implementatie van het kinesitherapievoorschrift en de patiëntenfolder hangt deels af van de bereidheid van de artsen om dit af te drukken voor de patiënt. Wanneer in de toekomst van Elektronisch Medisch Dossier wordt veranderd door de praktijk, bestaat de mogelijkheid dat het voorgeprogrammeerde kinesitherapievoorschrift verloren gaat.

Het hele implementatiedeel is niet opgezet vanuit een doorgedreven praktijkverbeterend project, omdat het slechts een aanvulling was op de ontwikkelde richtlijn met een beperking in tijd om dit te ontwikkelen. Het zou beter geweest zijn moest hiervoor de FOCUS(Find, Organise, Clarify, Understand, Start)- procedure gebruikt zijn, met aansluitend een PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act). Kwaliteitsverbetering in de praktijk gebeurt vanuit het systematisch leren uit de opgedane ervaring. Vernieuwingen moeten worden gepland, rekening houdend met de prioriteiten, en met uitnodiging van alle betrokken personen. Hierbij kan je best vertrekken vanuit een grondige analyse van de situatie om zo aanpassingen en nieuwe initiatieven uit te testen in de vorm van een project.[10]

4.3 Consequenties

De richtlijn zal binnenkort in gebruik genomen worden. Een update van de richtlijn zal best om de drie jaar gebeuren, daar er veel beweegt in het landschap van kinesitherapeutische behandelingen en ook het absenteïsme/uitstel van de pensioenleeftijd in België een eigen dynamiek zal ontwikkelen..

De eerste ervaringen na de implementatie van de interdisciplinaire samenwerking leren inmiddels dat er duidelijk met de patiënt dient gecommuniceerd te worden over de type patiëntenprofielen die op het kinesitherapievoorschrift voorkomen.

Uit de vergadering met de huisartsenpraktijk bleek ook dat er een extra brief diende ontwikkeld te worden voor kinesitherapeuten die mee wensen te werken.

Een evaluatie van de samenwerking wordt in de zomer van 2014 gepland door de co-promotor en praktijkopleider, aan de hand van een zoektocht in het EMD op basis van ICPC-codering. Er zou opnieuw contact moeten opgenomen worden met de kinesitherapeuten om de procedure met sterktes en zwaktes te bespreken en te zien waar verbetering mogelijk is.

5. Besluit

Via een intense samenwerking tussen de onderzoekers onderling, de (co-)promotor en de artsen van de peer review werd de Duodecim richtlijn ‘Neck and shoulder pain’ aangepast aan de Belgische context. Er werd gekozen om dieper in te gaan op de indicaties voor medische beeldvorming, behoud van dagelijkse activiteiten, de verschillende kinesitherapeutische behandelingsvormen en de perorale medicamenteuze pijnbestrijding. Deze aanpassing gebeurde aan de hand van een gestandaardiseerde matrix en een peer review. De aanbevelingen zijn bedoeld om de klinische praktijk van Belgische huisartsen te verbeteren bij gelokaliseerde en radiculaire nekpijn. De richtlijn zal gepubliceerd worden op EBMPracticeNet en zal via de Evidence Linker beschikbaar zijn vanuit het Elektronisch Medisch Dossier. In de praktijk kan een protocol gevolgd worden om de richtlijn praktisch te kunnen toepassen, met aanvullend een patiëntenfolder en voorgeprogrammeerd kinesitherapievoorschrift in het EMD. Een interdisciplinaire samenwerking met kinesitherapeuten aan de hand van de sociale kaart van de praktijk werd opgestart.

6. Referenties

[1] Kenniscentrum F, Centre G. Aspecifieke nekpijn : diagnose en behandeling. 2009.

[2] Duodecim. Update on current care guidelines. Neck and Shoulder Pain. 2010. Beschikbaar via: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home

[3] Handboek Adaptatie Duodecim Richtlijnen_versie 2_HAIO_update febr 2013-1.

[4] Toolkit AR. Guideline Adaptation : 2009. Beschikbaar via: http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf

[5] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ [Internet]. 2010 Dec 14 [cited 2014 Feb 19];182(18):E839–42. Beschikbaar via: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3001530&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

[6] ik-heb-last-van-nekpijn @ www.thuisarts.nl [Internet]. Beschikbaar via: http://www.thuisarts.nl/nekpijn/ik-heb-last-van-nekpijn

[7] neck-pain-non-specific @ cks.nice.org.uk [Internet]. Beschikbaar via: http://cks.nice.org.uk/neck-pain-non-specific#azTab

[8] neck-pain-cervical-radiculopathy @ cks.nice.org.uk [Internet]. Beschikbaar via: http://cks.nice.org.uk/neck-pain-cervical-radiculopathy#azTab

[9] Matrix Neck and Shoulderpain @ docs.google.com [Internet]. Beschikbaar via: https://docs.google.com/file/d/0Bzk9p4ht9ogKMEVQcTl1clFGYjQ/edit

[10] Grouwels D., Seuntjens L. VBP. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard uitgeverij; 2008.

7. Bijlagen

Bijlage 1: Geadapteerde richtlijn

Bijlage 2: Patiëntenfolder

Bijlage 3: Kinesitherapievoorschrift EMD

Bijlage 4: Praktijkprotocol

Bijlage 5: Samenwerkingsprotocol kinesitherapeuten

Andere bijlagen beschikbaar bij de auteurs:

Engelse samenvatting van de adaptaties t.o.v. de oorspronkelijke Duodecim richtlijn

Diapresentatie peer review erkende bijscholingsgroep

Diapresentatie peer review seminariegroep

Diapresentatie kinesitherapeuten

Diapresentatie praktijkprotocol Huisartsengroep Fruithof

Papieren versie met de antwoorden op de klinische vragen

Gebundelde opmerkingen uit peer review met redenen voor weerhouden/verwerpen

Bijlage 1: Geadapteerde richtlijn

Nekpijn

1) Overzicht materiaal

A. De belangrijkste punten te weerhouden uit de aanbevelingen zijn:

- Er zijn slechts beperkte indicaties voor medische beeldvorming bij patiënten met niet-traumatische nekpijn, tenzij na anamnese en klinisch onderzoek een ernstige ziekte wordt vermoed.
- Het stimuleren van dagelijkse activiteiten en terugkeer naar een normale levensstijl is van belang, alsook de vroegtijdige aanpak van verslechterende factoren op het werk of in de vrije tijd.
- Lichte fysieke activiteit en actieve oefentherapie lijken zinvol om kracht en uithoudingsvermogen van de nek-, schouder- en armspieren bij chronische pijn te verbeteren.
- Een multimodale behandeling, de combinatie van oefentherapie en een vorm van manuele therapie (mobilisatie en/of manipulatie), is meer aanbevolen dan unimodale behandeling.
- Gezondheidsvoorlichting over het verloop en analgetica voor een korte periode als hierdoor de pijnverlichting kan bijdragen aan het behoud van lichamelijke activiteit zijn belangrijk.

B. Auteurs

K. Willems, huisarts in opleiding (KUL, Leuven), werkzaam in opleidingspraktijk te Wuustwezel

A. Dieleman, huisarts in opleiding (KUL, Leuven), werkzaam in opleidingspraktijk te Berchem

H. Philips (UA, Antwerpen) verbonden aan de vakgroep ELIZA, Universiteit Antwerpen,

voorzitter Commissie Richtlijnen Domus Medica, huisarts te Deurne

Deze richtlijn werd ontwikkeld van oktober 2012 tot maart 2014.

2) Definities en gevolgen van nekpijn

Nekpijn is een vaak voorkomende aandoening. In deze aanbevelingen wordt gelokaliseerde nekpijn door de auteurs gelijkgesteld aan aspecifieke nekpijn. In analogie met het KCE rapport wordt hieronder pijn in de cervicale regio, eventueel met gerefereerde of uitstralende pijn in de occipitale regio, nuchale spieren, schouders en bovenste ledematen zonder bewezen structurele afwijkingen in de cervicale wervelkolom (CWK), zenuwwortels of ruggenmerg verstaan.[1] Radiculaire nekpijn wordt beschouwd als nekpijn met tekens en symptomen van compressie of schade van een zenuwwortel in

de CWK (cervicale radiculopathie). Het kan zich presenteren als pijn, motorische of sensorische stoornissen, of veranderingen in peesreflexen op het verloop van een dermatoom.[2]

Epidemiologie:

Volgens de gegevens van de Intego-databank behoort "neksyndroom" met ICPC code L83 (waarin diagnose 'aspecifieke nekpijn' geïncludeerd is) tot de top 20 van de meest gestelde diagnoses in de huisartspraktijk in Vlaanderen in de periode van 2006-2008. De geschatte incidentie van het neksyndroom (aspecifieke nekpijn geïncludeerd) was 34,89 ‰ voor de jaarlijkse contactpopulatie in die periode. Vrouwen lijden meer ten gevolge van deze klachten (42,33‰, 7e reden voor contact) dan mannen (27,46‰, 8e reden voor contact). Deze incidenties refereren naar de populatie die op consultatie gaat bij de huisarts en kan dus een onderschatting zijn van de incidentie van aspecifieke nekpijn in de algemene Belgische populatie.[3]

Gevolgen van nekpijn:

Chronische nekpijn kan leiden tot substantiële medische consumptie, absenteïsme van werk en beperking van functioneren. Wat de duur van de pijn ook is, de pijn kan de functionele capaciteit en kwaliteit van leven belemmeren, alsook bezorgdheid, angst en depressie veroorzaken. Bijgevolg is er een zware belasting door nekpijn op individuen, werkgevers en de gezondheidszorg.[1]

3) Doelstelling en doelgroep

Deze aanbevelingen zijn bedoeld om de klinische praktijk van Belgische huisartsen te verbeteren bij gelokaliseerde en radiculaire nekpijn. De volgende topics komen aan bod: optimaal gebruik van medische beeldvorming, behoud van dagelijkse activiteiten, kinesitherapie en perorale behandeling.

4) Patiëntenpopulatie

Deze richtlijn heeft betrekking op volwassen patiënten (ouder dan 18 jaar) met gelokaliseerde of radiculaire nekpijn zoals hoger beschreven.

In analogie met het KCE rapport worden volgende exclusiecriteria voor gelokaliseerde nekpijn weerhouden:

- kinderen (jonger dan 18 jaar)
- tekenen en symptomen van neurologische aandoeningen (uitstralende pijn in de schouders en/of armen en/of handen (radiculaire pijn/radiculopathie), cervicobrachialgie, myelopathie, ...)
- hoofdpijn als gevolg van specifieke diagnose hoofdpijn (migraine, cervicale hoofdpijn, ...)

- voorgeschiedenis van specifieke tekenen van maligniteit, infectie
- voorgeschiedenis van trauma met of zonder bewezen structurele aandoeningen in de regio van de nek, schouder en hoofd (bv. whiplash)
- tekenen en symptomen van cerebrovasculaire insufficiëntie (bv. duizeligheid, drop attacks, CVA en TIA)
- ernstige chronische aandoening van het bewegingsapparaat (bv. polyartritis, spierziekte)
- klinische tekens die wijzen op een verhoogd risico op specifieke aandoeningen die zich kunnen presenteren als nekpijn en urgentie vereisen.[1]

Voor radiculaire nekpijn worden dezelfde exclusiecriteria gehanteerd, uitgezonderd het exclusiecriterium over tekenen en symptomen van neurologische aandoeningen.

5) Klinische vragen

De richtlijn wil een antwoord geven op volgende klinische vragen:

Deel 1: Diagnose

- Wat zijn de indicaties voor medische beeldvorming bij patiënten met niet-traumatische nekpijn?

Deel 2: Behandeling

- Wat is het verschil in evolutie tussen behoud van dagelijkse activiteiten en volledige rust bij de aanpak van gelokaliseerde nekpijn?
- Wat is het effect van lichamelijke activiteit en/of kinesitherapie op gelokaliseerde nekpijn?
- Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op gelokaliseerde nekpijn?
- Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op radiculaire nekpijn?

6) Kernboodschappen

A. Aanbevelingen

Wat zijn de indicaties voor medische beeldvorming bij patiënten met niet-traumatische nekpijn?

- Vraag geen RX CWK aan, behalve bij acuut trauma. (1C)
- Overweeg beeldvorming als na anamnese en klinisch onderzoek een ernstige ziekte wordt vermoed (zie tabel 1). (2C)
    - Overweeg zeker een RX CWK als de gelokaliseerde nekpijn langer dan zes weken duurt. Vraag geen nieuwe RX CWK als de pijn nadien terugkeert, tenzij een ernstige ziekte wordt vermoed. (2C)
    - Overweeg een MRI CWK of CT CWK als er tekens zijn van uitgesproken of voortschrijdende spierzwakte of van uitstralende ondraaglijke pijn. (2C)Verwijs naar een specialist. (2C)

Ziekte	Anamnese, klinische tekens, beleid
Tussenwervelschijf prolaps	Uitstralende nekpijn of gevoelloosheid van de vingers met een snel begin. Centrale prolaps kan leiden tot symptomen van compressie van het ruggenmerg. Intensieve follow-up. Verwijs door naar een specialist als de motorische uitvalsverschijnselen progressief zijn.
Myelopathie	Symptomen in de onderste ledematen (dienen bekeken te worden in het licht van gangproblemen bij ouderen), spasticiteit, blaas- en darmklachten bij verder gevorderde toestand. Onderzoek sensaties en reflexen, met inbegrip van vibratiezin en teken van Babinski. Als de symptomen progressief zijn, consulteer dan een neurochirurg.
Maligniteit	Verslechterde algemene conditie, gewichtsverlies, vermoeidheid, koorts, hardnekkige pijn, niet geassocieerd met belasting.
Inflammatoire reumatische aandoeningen	Reumatoïde artritis: veranderingen in de CWK verschijnen meestal later. Buigen van de nek moet vermeden worden vanwege het risico van atlantoaxiale subluxatie. Ankyloserende spondylitis kan de nek verstijven. De progressie is periodisch, men moet er aan denken bij episodische pijn in de nek.
Bacteriële spondylitis	Mogelijke onderliggende factoren omvatten bv. drugsmisbruik, HIV of immunosuppressie.
Arteriële dissectie	Dissectie van de carotis of vertebrale slagader kan, naast nekpijn, typische symptomen veroorzaken van een voorbijgaande bloedsomloopstoornis in de hersenen (gezichtsstoornissen, gelateraliseerde neurologische stoornissen, cognitieve symptomen), Horner syndroom, pulserende tinnitus of symptomen van de lagere craniale zenuwen.

Tabel 1: Ernstige ziektes en bijbehorende anamnese, klinische tekens, beleid[4]

Wat is het verschil in evolutie tussen behoud van dagelijkse activiteiten en volledige rust bij de aanpak van gelokaliseerde nekpijn?

- Overweeg het stimuleren van voortzetting van dagelijkse activiteiten en terugkeer naar een normale levensstijl (inclusief werk). (2C)

- Overweeg een vroegtijdige aanpak van verslechterende factoren op het werk of tijdens de vrije tijd (*). (2C) (*) = posities met aangehouden nekflexie, -extensie of -rotatie alsook gedurende lange tijd werken met geheven armen en in statische houding

Wat is het effect van lichamelijke activiteit en/of kinesitherapie op gelokaliseerde nekpijn?

- Overweeg lichte fysieke activiteit, zoals wandelen, om conditie te behouden. (2C)

- Overweeg actieve oefentherapie (onder toezicht of aangeleerde thuisoefeningen) om de kracht en het uithoudingsvermogen van de nek-, schouder- en armspieren bij chronische pijn te verbeteren. (2B)

- Overweeg mobilisatie bij chronische pijn. (2B)

- Overweeg manipulatie van de cervicale wervelkolom. (2B)

- Adviseer een multimodale behandeling, dit is een combinatie van ten minste twee verschillende therapeutische modaliteiten. Meer specifiek, adviseer de combinatie van oefentherapie en een vorm van manuele therapie (mobilisatie en/of manipulatie). (1B)

- Er is onvoldoende bewijskracht beschikbaar voor massage, warmte- of koudeapplicatie en tractie. (2C)

Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op gelokaliseerde nekpijn?

- Verzeker de patiënt dat gelokaliseerde nekpijn een veel voorkomend probleem is dat meestal verdwijnt in enkele weken. (2C)

- Overweeg analgetica voor een korte periode als pijnverlichting kan bijdragen aan het behoud van lichamelijke activiteit. (2C)

    - Hou rekening met de ernst van de pijn, de persoonlijke voorkeur, de tolerantie en het risico van de neveneffecten.

    - Geef bij voorkeur paracetamol. Als de pijn niet onder controle is met maximale dosis paracetamol, vervang dan paracetamol door een veilig NSAID. Als de pijn niet onder controle is met maximale dosis NSAID,

combineer dan paracetamol en NSAID. Als deze behandeling onvoldoende is, voeg dan een mild tot matig sterk opioïd (zoals tramadol) toe. Vermijd combinatieproducten om een goede titratie en dosering van het analgetisch effect mogelijk te maken.

- Bij continue pijn worden analgetica best op regelmatige tijdstippen gegeven.
- Er bestaat discussie over het gebruik van benzodiazepines omwille van het onduidelijk analgetisch effect en de nevenwerkingen. Hou rekening met mogelijke nevenwerkingen als vermoeidheid of duizeligheid. (2C)

- Overweeg tricyclische antidepressiva bij gelokaliseerde nekpijn die na twaalf weken onvoldoende onder controle is met hoge dosis standaard analgetica bv. start met amitriptyline 10-25mg per dag, nadien titreren. Overweeg verwijzing naar een pijnkliniek. (2C)

Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op radiculaire nekpijn?

- Bij radiculaire nekpijn gedurende minder dan vier tot zes weken zonder objectieve neurologische tekens:
  - Stel de patiënt gerust en geef informatie over zijn aandoening.
  - Overweeg analgetica. (2C)
    - Hou rekening met de ernst van de pijn, de persoonlijke voorkeur, de tolerantie en het risico van de neveneffecten.
    - Geef bij voorkeur paracetamol. Als de pijn niet onder controle is met maximale dosis paracetamol, vervang dan paracetamol door een veilig NSAID. Als de pijn niet onder controle is met maximale dosis NSAID, combineer dan paracetamol en NSAID. Als deze behandeling onvoldoende is, voeg dan een mild tot matig sterk opioïd (zoals tramadol) toe. Vermijd combinatieproducten om een goede titratie en dosering van het analgetisch effect mogelijk te maken.
    - Bij continue pijn worden analgetica best op regelmatige tijdstippen gegeven.
- Bij radiculaire nekpijn die na zes weken onvoldoende onder controle is met hoge dosis standaard analgetica of bij aanwezigheid van objectieve neurologische tekens: Overweeg lage

dosis tricyclische antidepressiva, bv. start met amitriptyline 10-25 mg per dag, nadien titreren. Overweeg verwijzing naar een pijnkliniek. (2C)

B. Sterkte van aanbeveling in vorm van Grade

GRADE is een methode om op een overzichtelijke wijze met een uniforme codering een inzicht te krijgen over de sterkte van de aanbeveling alsook de kwaliteit van de achterliggende evidentie. GRADE omvat 2 onderdelen: enerzijds een beoordeling van de bewijskracht en anderzijds een beoordeling van de graad van aanbeveling. De graad van aanbeveling wordt vertaald naar een cijfer, de bewijskracht naar een lettercode.

1A	Sterke aanbeveling - hoog niveau van bewijskracht
1B	Sterke aanbeveling - matig niveau van bewijskracht
1C	Sterke aanbeveling - laag niveau van bewijskracht
2A	Zwakke aanbeveling - hoog niveau van bewijskracht
2B	Zwakke aanbeveling - matig niveau van bewijskracht
2C	Zwakke aanbeveling - laag niveau van bewijskracht

De toegekende GRADE werd hierboven achter elke aanbeveling tussen haakjes weergegeven.

7) Toelichting tot de aanbeveling

INBRENG VAN DE PATIËNT EN AFWEGING DOOR DE HUISARTS:

Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering zijn richtinggevend als ondersteuning en een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsengeneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de huisarts de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft de arts informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat huisarts en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de aanbevelingen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.[5]

Wat zijn de indicaties voor medische beeldvorming bij patiënten met niet-traumatische nekpijn?

a) Praktische toelichting tot de kernboodschap

RX CWK is in vele gevallen niet geïndiceerd. Enkel bij acuut trauma of wanneer anamnestisch en/of klinisch een ernstige ziekte wordt vermoed (zie tabel 1) kan radiologisch onderzoek aangevraagd worden.[4]

Als de gelokaliseerde nekpijn langer dan zes weken duurt, is RX CWK gerechtvaardigd.[4]

Persisterende nekpijn van hetzelfde type vereist geen nieuw röntgenonderzoek.[6]

CT en/of MRI CWK zijn niet geïndiceerd bij gewone cervicalgie, behalve bij klinische verergering of indien er aanwijzingen zijn voor inflammatie, tumor, infectie of recent trauma.[6]

Als de radiculaire nekpijn langer dan zes weken duurt, of als er objectieve neurologische tekens zijn, is bevestiging van de diagnose met MRI CWK aangewezen.[4]

Verwijzing naar een specialist bij bijkomende beeldvorming en/of bij voortschrijdende spierzwakte of uitstralende ondraaglijke pijn is zinvol.[4]

b) Definities

RX CWK: radiografie van de cervicale wervelkolom

CT CWK: computertomografie van de cervicale wervelkolom

MRI CWK: magnetische resonantiebeeldvorming van de cervicale wervelkolom

c) Kritische opmerking over de implementatie na peer review

De patiëntenfolder van de FOD: "Medische beelden zijn geen vakantiekiekjes. Wees er zuinig mee" kan gebruikt worden om de patiënt te motiveren niet direct beeldvorming te laten doen.[7]

RX CWK zal niet altijd het meest sensitieve of specifieke onderzoek zijn voor een welbepaalde pathologie (bv. maligniteit), maar als eerste investigatie bij gelokaliseerde nekpijn is het vaak wel de beste keuze.

De uiteindelijke keuze voor CT of MRI CWK wordt onder meer door volgende factoren beïnvloed: stralenbelasting, kostprijs en wachttijd.

Wat is het verschil in evolutie tussen behoud van dagelijkse activiteiten en volledige rust bij de aanpak van gelokaliseerde nekpijn?

a) Praktische toelichting tot de kernboodschap

Onder de beroepsbevolking zijn nekklachten een belangrijke oorzaak van arbeidsongeschiktheid.[4]

Het stimuleren van voortzetting van dagelijkse activiteiten is aangewezen. Het voortzetten van deze dagelijkse activiteiten is een van de belangrijkste principes in de aanpak van gelokaliseerde nekpijn.[4] Een terugkeer naar een normale levensstijl (inclusief werk) wordt aangemoedigd.[8] Het gebruik van halskragen wordt niet aangeraden omdat het de mobiliteit van de nek beperkt en de duur van nekpijn kan verlengen.[8]

Verslechterende factoren op het werk of tijdens de vrije tijd moeten wel vroegtijdig aangepakt worden. Deze verslechterende factoren zijn posities met aangehouden nekflexie, -extensie of -rotatie alsook gedurende lange tijd werken met geheven armen en in statische houding.[4] Een correcte slaaphouding is ook belangrijk, het gebruik van een overmaat aan kussens wordt afgeraden.[8] Een vraag tot interventies op de werkvloer of aangepaste arbeid kan gesteld worden aan de arbeidsgeneesheer.[8]

b) Definities

/

c) Kritische opmerking over de implementatie na peer review

Het belang van een goede communicatie met de patiënt wordt beklemtoond. Het is belangrijk dat de arts het voortzetten van dagelijkse activiteiten en een vroegtijdige werkhervatting uitlegt en toetst of de patiënt hiermee akkoord gaat.

Er is nood aan extra informatie over ergonomisch advies en welke verslechterende factoren aangepakt moeten worden. Er heerst onduidelijkheid over wanneer en hoe een arbeidsgeneesheer best gecontacteerd wordt. Een patiëntenfolder met uitleg hierover vormt een meerwaarde.

Wat is het effect van lichamelijke activiteit en/of kinesitherapie op gelokaliseerde nekpijn?

a) Praktische toelichting tot de kernboodschap

/

b) Definities en begrippen

Kinesitherapie kan onderscheiden worden in oefentherapie, massagetherapie en fysische therapie.

Vormen van oefentherapie: krachttraining, duurtraining, fitheidsoefeningen

Massagetherapie: met de handen wrijven, kneden, kloppen

Vormen van fysische therapie: warmte- en koude applicaties, tractie*, elektrotherapie, ultrageluid, lasertherapie, …

*tractie: met behulp van een apparaat wordt er tractie uitgeoefend op de halswervelkolom van een liggende of zittende patiënt

Manuele therapie is een specialisatie binnen de kinesitherapie. De therapie bestaat onder meer uit het toepassen van handgrepen om functiestoornissen in gewrichten te verminderen. Deze kunnen bestaan uit manipulaties en mobilisaties.

Mobilisatie: passieve beweging van een botstuk, zonder dat er aan het einde van de bewegingsuitslag een bewegingsimpuls wordt toegevoegd.

Manipulatie: passieve beweging van een botstuk, waarbij aan het einde van de bewegingsuitslag een bewegingsimpuls wordt toegevoegd met weinig kracht en een hoge bewegingssnelheid over een klein bewegingstraject.[9]

c) Kritische opmerking over de implementatie na peer review

Samenwerking met kinesitherapeuten die eenzelfde boodschap formuleren en beleid hebben is belangrijk. Er is soms een drempel voor de patiënt om naar een goede kinesitherapeut te gaan. Informeren en motiveren van de patiënt zijn daarom nodig.

Een standaardvoorschrift in het Elektronisch Medisch Dossier kan bijdragen tot een betere evidence-based samenwerking met kinesitherapeuten.

Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op gelokaliseerde nekpijn?

a) Praktische toelichting tot de kernboodschap

Het is raadzaam om de patiënt te vertellen dat gelokaliseerde nekpijn een veel voorkomend probleem is dat meestal verdwijnt in enkele weken. Het behoeft vaak geen oorzakelijke behandeling.[8]

Zoals reeds eerder aangehaald, is het voortzetten van dagelijkse activiteiten een van de belangrijkste principes in de aanpak van gelokaliseerde nekpijn. Om dit mogelijk te maken is adequate pijnstilling onder de vorm van analgetica voor een korte periode vaak nodig.[4]

Bij de keuze van het analgeticum moet de arts rekening houden met de patiënt specifieke situatie: de ernst van de pijn, persoonlijke voorkeur, tolerantie en het risico van de neveneffecten.[8]

Paracetamol is het voorkeursmiddel. Als de pijn niet onder controle is met maximale dosis paracetamol (1gram vier maal per dag), moet paracetamol vervangen worden door een veilig NSAID.[4] Ibuprofen is eerste keuze omwille van het lagere risico op gastro-intestinale nevenwerkingen.[8] Er

wordt best gestart met ibuprofen 400 milligram drie maal per dag. Als deze lage dosis onvoldoende is, wordt getitreerd tot een maximale dosis ibuprofen van 2400 milligram per dag.[10] Als de pijn niet onder controle is met maximale dosis NSAID, moeten paracetamol en NSAID gecombineerd worden. Als deze behandeling onvoldoende is, wordt best een mild tot matig sterk opioïd toegevoegd.[4,10] Het afzonderlijk voorschrijven van een narcotisch analgeticum (zoals tramadol) is aangewezen om een betere titratie en dosisaanpassing toe te laten. Een combinatiepreparaat wordt afgeraden.[8]

Bij continue pijn worden analgetica best op regelmatige tijdstippen gegeven.[8,10]

Een benzodiazepine kan als alternatief dienen. Er bestaat momenteel veel discussie over het gebruik van benzodiazepines omwille van het onduidelijk analgetisch effect en de nevenwerkingen zoals vermoeidheid en duizeligheid.[4,1]

Een proeftherapie van tricyclische antidepressiva kan overwogen worden als de gelokaliseerde nekpijn na twaalf weken onvoldoende onder controle is met hoge dosis standaard analgetica. Start met amitriptyline 10-25 milligram per dag, titreer nadien op.[11] Overweeg verwijzing naar een pijnkliniek.[4,10]

b) <u>Definities</u>

Analgetica: medicatie om de pijn te verminderen

NSAID: niet-steroïdaal anti-inflammatoir middel

Opioïd: narcotisch analgeticum

c) <u>Kritische opmerking over de implementatie na peer review</u>

De correcte medicamenteuze behandeling is heel afhankelijk van de patiënt. Deze aanbevelingen zijn een leidraad maar moeten in de ruimere context van de patiënt bekeken worden. Het is belangrijk om na te vragen wat de patiënt zelf al geprobeerd heeft en het is niet verplicht om elke trap van de pijnladder te volgen. Literatuur raadt combinatieproducten met narcotische analgetica af, dit is af te wegen tegenover de daling van de therapietrouw bij een toename van aantal medicamenten. Sommige huisartsen laten de keuze tot opstart van tricyclische antidepressiva liever over aan de specialist, dat is mogelijk bij deze aanbeveling.

Een goede communicatie tussen arts en patiënt is essentieel. Het is cruciaal dat de arts de goede prognose van gelokaliseerde nekpijn aan de patiënt meedeelt. Tevens moet de arts het belang van behoud van dagelijkse activiteiten benadrukken, pijnstillers kunnen hiertoe bijdragen. Zonder duidelijke informatie van de arts, zal het gebruik van tricyclische antidepressiva voor pijnstilling op weerstand bij de patiënt stuiten.

Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op radiculaire nekpijn?

a) Praktische toelichting tot de kernboodschap

De toelichtingen over perorale medicamenteuze behandeling bij de vorige klinische vraag zijn ook hier van toepassing.

Het is belangrijk om de patiënt gerust te stellen en informatie te geven over zijn aandoening.[2] De meeste patiënten kunnen conservatief behandeld worden.[4]

De perorale behandeling van radiculaire nekpijn is afhankelijk van de duur en de aan- of afwezigheid van objectieve neurologische tekens.

b) Definities

Objectieve neurologische tekens: bv. zwakte in de bovenste ledematen, paresthesieën, sensorische of motorische stoornissen volgens dermatomaal patroon of verminderde peesreflexen op het overeenkomende niveau. Normaal is slechts één zenuwwortel betrokken. Betrokkenheid van meerdere zenuwwortels duidt op een meer veralgemeende neurologische aandoening. Tabel 2 geeft de kenmerken van de cervicale radiculopathieën.[2]

Tabel 2: Kenmerken van de cervicale radiculopathieën[2]

Zenuwwortel	Spierzwakte	Reflex veranderingen	Sensorische veranderingen
C5	Schouderabductie en –flexie Elleboogflexie	Biceps	Laterale zijde arm
C6	Elleboogflexie Polsextensie	Biceps Supinator	Laterale zijde onderarm Duim Wijsvinger
C7	Elleboogextensie Polsflexie Vingerextensie	Triceps	Middelvinger
C8	Vingerflexie	-	Mediale zijde distale deel onderarm Ringvinger en pink
T1	Vingerabductie en –adductie	-	Mediale zijde proximale deel onderarm Onderarm

c) Kritische opmerking over de implementatie na peer review

De kritische opmerkingen over implementatie bij de vorige klinische vraag zijn ook hier van toepassing.

Een huisarts vond de termijn van zes weken vooraleer door te verwijzen naar een pijnkliniek lang. Afhankelijk van de patiënt kan het aangewezen zijn om vroeger te verwijzen.

8) Basis voor de aanbeveling

Wat zijn de indicaties voor medische beeldvorming bij patiënten met niet-traumatische nekpijn?

a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

Dit advies is gebaseerd op de Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain'.[4] De CKS richtlijnen 'Neck pain – non-specific' en 'Neck pain – cervical radiculopathy' werden geselecteerd voor adaptatie.[8,2] Op basis van deze richtlijnen mag de huisarts zelf beeldvorming aanvragen. De adviezen hierin zijn voornamelijk gebaseerd op expert opinies in een leerboek over eerstelijnszorg en in reviewartikels.[12-15]

Op basis van deze literatuur werd besloten om een zwakke graad van aanbeveling en laag evidentieniveau toe te kennen aan de aanbevelingen. Het Consilium Radiologicum over wervelkolom van de Hoge Gezondheidsraad werd ook gebruikt, omdat dit over de Belgische context gaat.[6] Op basis van deze laatste bron werd besloten om toch een sterke graad van aanbeveling en laag evidentieniveau toe te kennen aan de eerste aanbeveling in tegenstelling tot de andere aanbevelingen over medische beeldvorming.

b) Aanvullende informatie

De patiëntenfolder van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid of de website is belangrijke aanvullende informatie voor de patiënt om zuinig om te gaan met stralenbelasting.[7]

c) Consensus procedures om tot bepaald besluit te komen

De aanbeveling van een wachttijd van zes weken om een RX CWK zeker te overwegen bij gelokaliseerde nekpijn uit de oorspronkelijke Duodecim richtlijn werd na consensus behouden.[4] Er werd verder geen duidelijke definitie van acuut versus chronisch gevonden op basis van een aantal weken.

Wat is het verschil in evolutie tussen behoud van dagelijkse activiteiten en volledige rust bij de aanpak van gelokaliseerde nekpijn?

a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

Dit advies is gebaseerd op de Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain'.[4] De CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' werd geselecteerd voor adaptatie.[8] Op basis van deze richtlijn werd het belang van werkhervatting toegevoegd aan de aanbeveling. De adviezen hierin zijn voornamelijk gebaseerd op expert opinies in een leerboek over eerstelijnszorg en in review artikels.[12-13,15] Ook de Cochrane systematic review 'Workplace interventions for neck pain in workers' werd weerhouden.[16] Deze review vond slechts lage evidentie dat de voordelen van iedere specifieke interventie op de werkvloer voor pijnverlichting noch ondersteunde noch weerlegde. Er was matige evidentie dat een multipele-component interventie de arbeidsongeschiktheid op intermediaire termijn verkortte, wat niet ondersteund werd in de tijd. Op basis van deze literatuur werd besloten om een zwakke graad van aanbeveling en een laag evidentieniveau aan de aanbevelingen toe te kennen.

b) Aanvullende informatie

De Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain' vermeldt het gebrek aan evidentie over het nut van halskragen.[4] De CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' raadt het gebruik van halskragen af.[8] De onbekende effectiviteit van zachte halskragen voor aspecifieke nekpijn wordt ook weergegeven in de systematic review van Clinical Evidence 'Interventions - neck pain'.[17]

Op basis van expert opinies in review artikels raadt de CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' een vermindering tot één stevig kussen aan.[13,15,8] De systematic review van Clinical Evidence 'Interventions - neck pain' geeft de onbekende effectiviteit van speciale kussens weer.[17]

c) Consensus procedures om tot bepaald besluit te komen

In de eigen praktijk worden huisartsen geconfronteerd met patiënten die langdurig werkonbekwaam zijn omwille van gelokaliseerde nekpijn. Het belang van werkhervatting, mits aanpak van verslechterende factoren, werd daarom aan de aanbeveling toegevoegd.

Wat is het effect van lichamelijke activiteit en/of kinesitherapie op gelokaliseerde nekpijn?

a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

Dit advies is gebaseerd op de Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain'.[4] De CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' werd geselecteerd voor adaptatie.[8] Op basis van deze richtlijn werd de aanbeveling over multimodale behandeling toegevoegd. De adviezen hierin zijn voornamelijk gebaseerd op expert opinies in een leerboek over eerstelijnszorg en in review artikels.[12-13,15] Ook het KCE rapport 'Aspecifieke nekpijn – diagnose en behandeling' werd geselecteerd voor adaptatie.[1] Dit is geen echte richtlijn, maar een studie in België over de diagnose en behandeling, die methodologisch goed en helder opgesteld is. Dit rapport adviseert ook een multimodale behandeling maar het is onzeker welke combinatie de beste resultaten geeft. Tevens werd de Cochrane systematic review 'Manipulation or Mobilisation for neck pain' weerhouden.[18] Hieruit blijkt dat manipulatie niet wordt afgeraden. De Cochrane systematic review 'Exercises for mechanical neck disorders' werd eveneens weerhouden.[19] De sterkte van aanbeveling wordt door deze systematic review afgezwakt; het belang van thuisoefeningen wordt geadviseerd. Dit laatste komt ook voort uit het Belgisch maandblad Minerva voor Evidence-Based Medicine voor de eerste lijn 'Spinale manipulatie, medicatie of oefeningen thuis voor acute en subacute nekpijn'.[20] Uit Clinical Evidence 'Interventions - neck pain' en het KCE rapport werden de inadequate evidentie voor massage, warmte of koude en tractie behouden.[17,1] Op basis van deze literatuur werd besloten om een zwakke graad van aanbeveling toe te kennen aan alle aanbevelingen, met uitzondering van deze over multimodale behandeling. Voor alle aanbevelingen werd een matig evidentieniveau toegekend, met uitzondering van de laatste aanbeveling over massage e.a., waaraan een laag evidentieniveau werd toegekend.

b) Aanvullende informatie

/

c) Consensus procedures om tot bepaald besluit te komen

De graad van aanbeveling en het evidentieniveau over de multimodale behandeling werd na consensus van 2A op 1B gebracht. Het belang van de multimodale behandeling komt in de weerhouden bronnen telkens naar voor. De inhoud van deze behandeling blijft echter wat onduidelijk. Er is meestal slechts een matig niveau van bewijskracht voor de verschillende onderdelen van de multimodale behandeling. Deze aanbeveling werd ook geherformuleerd om een duidelijker onderscheid te maken tussen fysieke activiteit, oefentherapie en manuele therapie.

Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op gelokaliseerde nekpijn?

a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

Dit advies is gebaseerd op de Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain'.[4] De CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' en het KCE rapport 'Aspecifieke nekpijn – diagnose en behandeling' werden geselecteerd voor adaptatie.[8,1] Beide bronnen besluiten dat er onvoldoende studies bestaan over de perorale medicamenteuze behandeling van aspecifieke nekpijn. Er konden daarom geen sterke aanbevelingen geformuleerd worden. De onbekende effectiviteit van medicamenteuze behandeling van aspecifieke nekpijn wordt ook weergegeven in de systematic review van Clinical Evidence 'Interventions - neck pain'.[17] De CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' refereert naar deze systematic review.[8] Er werd daarom gebaseerd op algemene richtlijnen over pijnbehandeling zoals de Belgische 'Recommandations de bonne pratique - La douleur chronique'. Deze Belgische aanbevelingen verwijzen naar de pijnladder van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Deze is oorspronkelijk ontworpen voor kankerpijn, maar aanbevelingen voor de behandeling van chronische niet-maligne pijn zullen ontwikkeld worden.[21] Het Belgische Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium beschouwt paracetamol, naast uiteraard de oorzaak van pijn opsporen en behandelen, ook als eerste stap bij pijnbehandeling.[11]

De CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' voegt toe dat bij de keuze van analgetica rekening moet gehouden worden met de patiënt specifieke situatie.[8]

De CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' raadt het afzonderlijk voorschrijven van narcotische analgetica aan omdat dit een betere titratie en dosisaanpassing mogelijk maakt.[8] Combinatieproducten worden niet aangeraden. Volgens het Belgische Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium is het afzonderlijk voorschrijven van codeïne niet mogelijk in België.[11] De Medisch Farmaceutische Kwaliteitszorg biedt geen magistrale bereiding van enkel codeïne aan.[22] Het afzonderlijk voorschrijven van codeïne kan dus niet aanbevolen worden in de Belgische context.

De CKS richtlijnen 'Neck pain – non-specific' en 'Analgesia – mild-to-moderate pain' raden aan om bij continue pijn analgetica op regelmatige tijdstippen te geven.[8,10]

Het KCE rapport 'Aspecifieke nekpijn – diagnose en behandeling' geeft aan dat er geen duidelijke evidentie bestaat over het voordeel van psychotropica gebruikt als spierontspanner.[1] Het Belgische

Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium benadrukt ook dat de waarde van benzodiazepines als spierrelaxans weinig onderbouwd is en geeft tevens duidelijk de neveneffecten van benzodiazepines weer.[11] Zoals in de Folia van juni 2013 gemeld, besliste het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) om de specialiteiten op basis van tetrazepam ten laatste tegen 1 september 2013 van de markt te halen omdat de risico-batenverhouding ongunstig is. Er waren aanwijzingen dat tetrazepam, meer dan de andere benzodiazepines, het risico op ernstige huidreacties verhoogt.[23]

De CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' overweegt een proeftherapie met tricyclische antidepressiva als de aspecifieke nekpijn langer dan twaalf weken duurt.[8] De CKS richtlijnen 'Neck pain – non-specific' en 'Analgesia – mild-to-moderate pain' overwegen dan een verwijzing naar de pijnkliniek.[8,10]

Aan alle aanbevelingen werden een zwakke graad van aanbeveling en een laag evidentieniveau toegekend, omwille van de onzekerheid over voor- en nadelen, weinig randomized controlled trials (RCTs) specifiek over nekpijn en de extrapolatie vanuit algemene richtlijnen over pijnbehandeling.

b) Aanvullende informatie

Voorgaande literatuur voorziet beknopte ideeën over de keuze van het analgeticum en geeft weinig concrete adviezen. Tijdens de peer review werd gemerkt dat concrete adviezen gewenst waren. De CKS richtlijn 'Analgesia – mild-to-moderate pain' voorziet een stappenplan voor patiënten vanaf 16 jaar.[10] Deze informatie werd toegevoegd aan de kernboodschap en toelichting.

c) Consensus procedures om tot bepaald besluit te komen

Bij consensus wordt een concreet stappenplan voor de medicamenteuze behandeling van nekpijn aangeboden, gebaseerd op de CKS richtlijn 'Analgesia – mild-to-moderate pain'.[10] Er werd gekozen om het gebruik van benzodiazepines te vermelden, weliswaar zonder duidelijk advies omwille van de recente negatieve berichten over benzodiazepines.

Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op radiculaire nekpijn?

a) Evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

Dit advies is gebaseerd op de Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain'.[4] Deze richtlijn geeft weinig informatie en andere literatuur beschrijft de behandeling uitgebreider. Er was daarom nood aan adaptatie. De huidige aanbevelingen zijn gebaseerd op de CKS richtlijn 'Neck pain – cervical radiculopathy'.[2] De adviezen hierin zijn voornamelijk gebaseerd op expert opinies in een leerboek over eerstelijnszorg en in een review artikel.[12,15]

Weinig RCTs hebben specifiek de medicamenteuze behandeling van nekpijn getest. Het lijkt daarom aanvaardbaar om de evidentie vanuit studies over algemene pijnbehandeling te extrapoleren. De

onbekende effectiviteit van medicamenteuze behandeling van radiculaire nekpijn wordt ook weergegeven in de systematic review van Clinical Evidence 'Interventions - neck pain'.[17] De CKS richtlijn Neck pain – cervical radiculopathy' refereert naar deze systematic review.[2]

In analogie met de CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' werd de aanbeveling over overweging van verwijzing naar een pijnkliniek toegevoegd.[8]

Aan alle aanbevelingen werden, omwille van de onzekerheid over voor- en nadelen, weinig RCTs specifiek over nekpijn en de extrapolatie vanuit algemene richtlijnen over pijnbehandeling, een zwakke graad van aanbeveling en een laag evidentieniveau toegekend.

b) Aanvullende informatie

De beschrijving van de aanvullende informatie over keuze van het analgeticum bij de vorige klinische vraag is ook hier van toepassing.

c) Consensus procedures om tot bepaald besluit te komen

De beschrijving van de consensus procedures over het stappenplan van analgetica bij de vorige klinische vraag is ook hier van toepassing.

9) Peer review proces

A. Opmerkingen en eventuele aanpassing na peer review

De richtlijn werd ter beoordeling voorgelegd aan de collega's van beide opleidingspraktijken (groepspraktijk Fruithof te Berchem en groepspraktijk CV Medizorg te Wuustwezel), een erkende bijscholingsgroep ("WOGB Berchem" – erkenningsnummer 1.604 op 1 oktober 2013) en twee HuisArts In Opleiding-seminariegroepen (HAIO-seminariegroepen) (groep 0032 onder leiding van stagecoördinator Kristof Hillemans te Kontich en groep 0031 onder leiding van stagecoördinator Luc Van Imschoot te Malle op 5 november 2013). Er werd bij elke aanbeveling gevraagd naar opmerkingen over inhoud en over toepasbaarheid in de praktijk. De opmerkingen van deze groepen werden elk afzonderlijk behandeld. Indien van toepassing werden er aanpassingen aan de tekst aangebracht. Andere opmerkingen werden verwezen naar de researchagenda. De opmerkingen zijn hieronder per klinische vraag opgelijst.

Wat zijn de indicaties voor medische beeldvorming bij patiënten met niet-traumatische nekpijn?

Het meest geïndiceerde radiologisch onderzoek voor een bepaalde pathologie zal niet altijd overeenkomen met het eerst aangevraagde onderzoek. Het advies blijft om te starten met een RX CWK als beeldvorming geïndiceerd is. Als op basis van anamnese en klinisch onderzoek een ander onderzoek meer aangewezen is, kan hiervan afgeweken worden.

De keuze voor CT CWK of MRI CWK blijft patiënt specifiek en is moeilijk om in een algemene aanbeveling te duiden.

Een EMG zou een bijdrage kunnen leveren over de neuronale schade. Voor de juiste indicatie is verder onderzoek nodig.

Wat is het verschil in evolutie tussen behoud van dagelijkse activiteiten en volledige rust bij de aanpak van gelokaliseerde nekpijn?

Aanvankelijk werd ook het stimuleren van fysieke inspanning geadviseerd. Omwille van onduidelijkheid over de definitie ervan en overlap met de aanbevelingen van de volgende klinische vraag werd deze aanbeveling geschrapt.

Een collega benadrukte dat patiënten met nekpijn vaak een foute slaaphouding hebben. Het belang van een correcte slaaphouding werd getoetst aan de literatuur en toegevoegd aan de toelichting.

Men stelde zich de vraag of psychotherapeutische ondersteuning een positief effect op stress-gerelateerde nekpijn zou kunnen hebben. Verder onderzoek hierover is nodig.

Wat is het effect van lichamelijke activiteit en/of kinesitherapie op gelokaliseerde nekpijn?

Vele patiënten zoeken een eigen manier om met pijn om te gaan. Massage en warmte zijn meer toegankelijk en goedkoper dan manuele therapie. De sterkte van de graad van aanbeveling werd niet gewijzigd, gezien het lage evidentieniveau.

Osteopathie zou volgens een collega helpen bij lage rugpijn, de indicatie om osteopathie toe te passen bij nekpijn moet nog verder onderzocht worden.

Ergonomisch advies lijkt prioritair aan kinesitherapie zowel preventief als op langere termijn. Dit komt in de tweede klinische vraag aan bod.

Een standaardvoorschrift voor in het Elektronisch Medisch Dossier wordt opgesteld na overleg met kinesitherapeuten omtrent de inhoud.

Vóór de toepassing van manuele therapie kan medische beeldvorming bijkomende nuttige informatie verschaffen aan de arts en de kinesitherapeut. Als de aanbevelingen voor medische beeldvorming gevolgd worden, hebben alle hulpverleners in principe voldoende info. Men moet steeds de juiste afweging maken voor de patiënt in het kader van extra stralenbelasting en doorgedreven manuele therapie.

Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op gelokaliseerde nekpijn?

Aanvankelijk werd beperkte informatie over de keuze van het analgeticum gegeven. Uit de opmerkingen van collega's bleek dat concrete adviezen gewenst waren. Adviezen in de literatuur werden gezocht en toegevoegd aan de kernboodschap en toelichting.

Er werd gevraagd of analgetica systematisch of op geleide van de klachten gegeven moeten worden. Het advies om continue pijn "by the clock" te behandelen, werd teruggevonden in de literatuur en werd toegevoegd aan de kernboodschap.

In de oorspronkelijke aanbeveling werd het gebruik van een benzodiazepine overwogen als een NSAID niet geschikt is. Op advies van collega's en in overeenstemming met recente literatuur wordt het gebruik van benzodiazepines in vraag gesteld.

Vooraf werd geadviseerd om bij nekpijn die langer dan twaalf weken duurt tricyclische antidepressiva te overwegen. Op vraag van enkele collega's werd deze aanbeveling verduidelijkt. Tricyclische antidepressiva moeten enkel overwogen worden als de nekpijn na twaalf weken onvoldoende onder controle is met hoge dosis standaard analgetica.

Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op radiculaire nekpijn?

Vooraf werd geadviseerd om de patiënt te informeren dat hij 90% kans heeft om na vijf jaar asymptomatisch te zijn of nog slechts milde symptomen te hebben. Deze uitdrukking is geruststellend voor de arts maar klinkt niet zo positief voor de patiënt. Er werd besloten om deze zin uit de kernaanbeveling te schrappen.

De beschrijving van de opmerkingen en aanpassing na peer review over de keuze van het analgeticum bij de vorige klinische vraag is ook hier van toepassing.

Eerst werd de overweging voor verwijzing naar de pijnkliniek niet vermeld. Op vraag van enkele huisartsen en in analogie met de CKS richtlijn 'Neck pain – non-specific' werd deze aanbeveling toegevoegd.

Aanvankelijk was het voor de auteurs onduidelijk wat bedoeld werd met objectieve neurologische tekens. De auteurs gingen er initieel van uit dat hiermee het teken van Lhermitte, "upper motor neuron" tekens in de onderste ledematen en "lower motor neuron" tekens in de bovenste ledematen bedoeld werden. Bij het schrijven van de richtlijn werd beseft dat dit de rode vlaggen zijn. De correcte definitie van objectieve neurologische tekens werd toegevoegd aan de toelichting.

Er was interesse naar de zin en onzin van onder andere facetinfiltraties en epidurale infiltraties. Onze klinische vraag behandelde enkel de perorale behandeling. Verder onderzoek is dus nodig.

10 a) Planning voor update

Voor deze richtlijn werd een literatuurzoektocht tot 6 maart 2013 verricht. In november 2012 verscheen de Nederlandse 'Multidisciplinaire richtlijn aspecifieke Klachten Arm, Nek en/of Schouders' die bij de oorspronkelijke literatuurzoektocht niet gevonden werd. De inhoud van de adviezen komen inhoudelijk overeen. Tussen de literatuurzoektocht en het beëindigen van de richtlijn verschenen inmiddels nieuwe wetenschappelijke artikels over dit onderwerp. Er wordt daarom verondersteld dat de richtlijn best om de drie jaar geüpdatet wordt.

10 b) Researchagenda

Uit de peer review is gebleken dat er nog nood is aan bijkomende aanbevelingen over nekpijn over volgende topics:

- de indicaties voor een elektromyografie (EMG) om een laesie van neurale oorsprong aan te tonen of uit te sluiten
- psychotherapeutische ondersteuning bij langdurige nekpijn die stress-gerelateerd is
- osteopathie
- epidurale infiltraties, transforaminale injecties, facetinfiltraties op lange termijn
- nazicht of vorige aanbevelingen ook toepasbaar zijn voor lage rugpijn

11) Referenties

[1] Kenniscentrum F, Centre G. Aspecifieke nekpijn : diagnose en behandeling. 2009.

[2] neck-pain-cervical-radiculopathy @ cks.nice.org.uk [Internet]. Beschikbaar via: http://cks.nice.org.uk/neck-pain-cervical-radiculopathy#azTab. Laatst geraadpleegd op 2014 april 4.

[3] index @ www.intego.be [Internet]. Beschikbaar via: http://www.intego.be/. Laatst geraadpleegd op 2014 april 4.

[4] Duodecim. Update on current care guidelines. Neck and Shoulder Pain. 2010. Beschikbaar via: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home

[5] inbrengafweging @ www.domusmedica.be [Internet]. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/inbrengafweging.html. Laatst geraadpleegd op 2014 april 4.

[6] Field V. RICHTLIJNEN VOOR VERWIJZING NAAR BEELDVORMEND ONDERZOEK voorgesteld door het Consilium Radiologicum. 2004; Beschikbaar via: http://www.riziv.be/care/nl/doctors/promotion-quality/guidelines-rx/pdf/guidelinesnl.pdf

[7] Medische beelden zijn geen vakantiekiekjes Wees er zuinig mee Wat is ioniserende straling ? Enkele tips : Beschikbaar via: http://www.zuinigmetstraling.be/sites/5025.fedimbo.belgium.be/files/folder_2013_nl_0.pdf

[8] neck-pain-non-specific @ cks.nice.org.uk [Internet]. Beschikbaar via: http://cks.nice.org.uk/neck-pain-non-specific#azTab. Laatst geraadpleegd op 2014 april 4.

[9] Richtlijn M. september 2012. 2012;(september). Beschikbaar via: http://www.nvpc.nl/uploads/stand/111NVPC121126DOC-MW-Multidicsrichtlijn aspecifieke KANS.pdf

[10] analgesia-mild-to-moderate-pain @ cks.nice.org.uk [Internet]. Beschikbaar via: http://cks.nice.org.uk/analgesia-mild-to-moderate-pain#azTab. Laatst geraadpleegd op 2014 april 4.

[11] bcfi. Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium. 8. Pijn en koorts. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/ggr/index.cfm?ggrWelk=/GGR/MPG/. Laatst geraadpleegd op 2014 april 4.

[12] Williams N, Hoving J. Neck pain. Oxford textbook of primary medical care. Oxford: Oxford University Press; 2004.

[13] Barry M, Jenner J. Pain in neck, shoulder, and arm. BMJ. 1995;310(6973):183–6.

[14] Binder A. Musculoskeletal disorders Neck pain Search date May 2007 Musculoskeletal disorders Neck pain. 2008;(May 2007).

[15] Binder A. The diagnosis and treatment of nonspecific neck pain and whiplash. Eura Medicophys. 2007;43(1):79–89.

[16] Rw A, Tuntland H, Ka H, Røe C, Lund T, Marklund S, et al. Workplace interventions for neck pain in workers (Review). 2011;(4).

[17] Clinical Evidence - Interventions - Neck pain [Internet]. [cited 2014 Mar 16]. Beschikbaar via: https://stuiterproxy.kuleuven.be/x/systematic-review/1103/,DanaInfo=clinicalevidence.bmj.com+interventions.html. Laatst geraadpleegd op 2014 april 4.

[18] Gross A, Miller J, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manipulation or mobilisation for neck pain: a Cochrane Review. Man Ther [Internet]. 2010 Aug;15(4):315–33. Beschikbaar via: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20510644. Laatst geraadpleegd op 2014 april 4.

[19] Tm K, Gross A, Ch G, Rutherford S, Voth S, Jl H, et al. Exercises for mechanical neck disorders (Review). 2012;(8).

[20] Parlevliet T, Fysische D, Ziekenhuis U, Medicine A. Spinale manipulatie , medicatie of oefeningen thuis voor acute en subacute nekpijn. 2012;11(10):127–8.

[21] Pratique DB. La douleur chronique. 2004; Beschikbaar via: http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/RBP_DouleurChronique.pdf. Laatst geraadpleegd op 2014 april 4.

[22] index @ www.mfk-qmp.be [Internet]. Beschikbaar via: http://www.mfk-qmp.be/. Laatst geraadpleegd op 2014 april 4.

[23] Folia Farmacotherapeutica [Internet]. Het Europees Geneesmiddelenbureau beveelt de terugtrekking aan van de specialiteiten op basis van het benzodiazepine tetrazepam. 2013. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F40N06E&keyword=tetrazepam . Laatst geraadpleegd op 2014 april 4.

12) Lijst van auteurs en belangenvermengingen

Deze richtlijn kwam tot stand onder de coördinatie van EBMPracticeNet. De auteurs konden in alle onafhankelijkheid hun werk doen. De richtlijn is niet beïnvloed door opvattingen of belangen van een financierende instantie. Bij aanvang van deze richtlijn hebben de auteurs en de geraadpleegde experts verklaard welke relaties er bestaan met de farmaceutische industrie. Een overzicht is hiervan beschikbaar bij EBMPracticeNet.

K. Willems, huisarts in opleiding (KUL, Leuven), werkzaam in opleidingspraktijk te Wuustwezel

A. Dieleman, huisarts in opleiding (KUL, Leuven), werkzaam in opleidingspraktijk te Berchem

H. Philips (UA, Antwerpen) verbonden aan de vakgroep ELIZA, Universiteit Antwerpen,

voorzitter Commissie Richtlijnen Domus Medica, huisarts te Deurne – PROMOTOR

Bijlage 2: Patiëntenfolder

Nekpijn

Nekpijn is na rug- en schouderklachten de meest voorkomende klacht aan het bewegingsapparaat. Ongeveer twee op de drie mensen heeft in het leven wel eens last van nekpijn.

Wat zijn de oorzaken?

Hoe nekpijn ontstaat is niet altijd duidelijk. Mogelijk komt het door spanningen, overbelasting, een verkeerde beweging of een verkeerde houding. Ook na een val of stoot, bijvoorbeeld bij sporten, kan de nek pijn doen. Of tocht en kou een rol spelen is niet zeker. Zeldzamere oorzaken zijn whiplash, botontkalking nekhernia, hersenvliesontsteking, reuma, wervelbreuken of een uitzaaiing van kanker.

Wat zijn de verschijnselen?

Gewone nekpijn kan plotseling ontstaan of meer geleidelijk en is hevig of zeurend. Bij hevige pijn zijn bepaalde houdingen en bewegingen soms niet meer mogelijk. De pijn kan samengaan met een stijf gevoel en/of uitstralende pijn naar hoofd, schouder of arm. De pijn is dof of zeurend. Nekpijn kan erg hinderlijk zijn. Soms is het lastig om de dagelijkse dingen normaal te doen.

Röntgenfoto van de nek

Bij nekpijn levert een röntgenfoto meestal geen bruikbare informatie op. Het kan juist verwarring geven. Eventuele afwijkingen op een röntgenfoto hebben zelden iets te maken met de nekpijn.

Adviezen bij gewone nekpijn (zonder duidelijke oorzaak)

Blijf bewegen en probeer uw dagelijkse bezigheden voort te zetten, ook al heeft u pijn.
Probeer uw nek voorzichtig te **oefenen**:
- Buig uw hoofd bijvoorbeeld tien keer naar voren.
- Probeer dan links over uw schouder naar achteren te kijken en dan rechts.
- Beweeg daarna uw linker oor naar uw linker schouder en dan uw rechter oor naar uw rechter schouder.
- Herhaal dat ook tien keer en doe het twee keer per dag.

Soms lukt het gewoon niet om uw nek al te ver te bewegen. Gun het dan wat tijd en probeer na een of twee dagen weer welke bewegingen u voorzichtig kunt maken.
Als u vaak last heeft van nekklachten, bedenk dan wat u kunt doen om dit te veranderen. Sommige mensen krijgen vooral last van nekpijn als ze onder spanning staan. Wanneer u dit herkent, helpt het misschien als u leert beter met (de oorzaken van) stress om te gaan.
Hebben uw klachten te maken met uw werk of hebben ze gevolgen voor uw werk? Misschien zijn er dan aanpassingen mogelijk om het werk makkelijker te maken, met minder belasting van uw nek. Dit kan bijvoorbeeld door de inrichting van uw werkplek te veranderen (de hoogte van uw stoel, tafel of computer), door gebruik te maken van hulpmiddelen, door langdurig dezelfde houding te vermijden of door de taken anders te verdelen. Bespreek dit dan ook met uw leidinggevende en/of de bedrijfsarts.

Medicijnen

Pijnstillers verzachten de pijn en helpen u om te blijven bewegen. Als u pijnstillers gebruikt, kunt u die het beste op vaste tijden innemen, ook al heeft u op dat moment even geen pijn. Neem de pijnstillers gedurende een aantal dagen en kijk daarna of u geleidelijk aan weer zonder kunt. Gebruik bij voorkeur paracetamol. Als dat niet helpt, zijn er andere middelen zoals ibuprofen, diclofenac of naproxen. Deze laatste drie pijnstillers, zogenaamde NSAID's, kunnen echter maagklachten geven en worden best enkel op voorschrift van een arts gebruikt.

Medicijnen die de spieren verslappen (benzodiazepinen), hebben vaak geen zin bij nekpijn. U wordt er suf van en ze hebben een verslavende werking.

Hoe gaat het verder?

Gewone nekpijn gaat vaak vanzelf over. Soms kunnen de klachten terugkomen. Gebruik pijnstillers, zo mogelijk, maar een paar dagen. Probeer in de tussentijd uw activiteiten geleidelijk weer op te pakken, ook als de pijn nog niet geheel is verdwenen. Als u dat niet goed lukt, kunnen we u verwijzen naar een kinesitherapeut voor bijkomende oefentherapie en manipulatie of mobilisatie.

Enkele meewerkende kinesisten

Bosschaert Peter
Elisabethlaan 158
2600 Berchem
03/2303281

Carens Dirk & Vrolix Nele
Fruithoflaan 32 bus 16
2600 Berchem
03/6899344

Kineteam M. Beckers
Fruithoflaan 34
2600 Berchem
0497/420894

Kine Moorkens
Jan Moorkensstraat 3
2600 Berchem
03/2396126

Lenaerts Kristin & Vercruysse Carl
Fruithoflaan 38 bus 14
2600 Berchem
03/2308643

Manu-Kin
Pottershofstraat 25
2610 Wilrijk
03/4404720

Groepspraktijk Kine +
Groenenborgerlaan 220-222
2610 Wilrijk
03/4496219

Wanneer contact opnemen met uw huisarts?

- als het niet beter maar juist slechter gaat;
- als de pijn na twee tot vier weken nog steeds niet is verminderd;
- als de pijn gaat uitstralen in uw arm; of als de kracht of het gevoel in uw arm vermindert.
- Bel direct de praktijk als iemand ziek wordt en een stijve nek krijgt (met de kin de borst niet kan aanraken).

Bron: http://thuisarts.nl/nekpijn/ik-heb-last-van-nekpijn

GROEPSPRAKTIJK
FRUITHOF

www.groepspraktijkfruithof.be
Sint-Theresiastraat 5
2600 Berchem
tel – 03/440.19.25
fax – 03/443.99.33

Bijlage 3: Kinesitherapievoorschrift EMD

KINESITHERAPIEVOORSCHRIFT

Hierna invullen of kleefbriefje V.I. aanbrengen.

Naam en voornaam	
Verzekeringsinstelling	
Inschrijvingsnummer	

Ondergetekende **Dr.**

verklaart dat

kinesitherapeutisch dient behandeld te worden:

-**Diagnose**: gelokaliseerde nekpijn

-**Patiëntprofiel**: I / II / III

-**Therapie**: oefentherapie (coördinatie, versteviging, uithouding) en mobilisatie/manipulatie

-**Lokalisatie**: oppervlakkige en diepe nekspieren

-**Aantal behandelingen**: 9

-**Frequentie**: 1-3x / week

Patiënt(e) kan de woonst wel/niet zelfstandig verlaten

Contra – indicaties (te schrappen wat niet past): inflammatoir – infectieus – maligniteit – osteoporose – fractuur – cauda equina – myelopathie – anticoagulatie – ...

Dr.

Datum :

Handtekening :

Bijlage 4: Praktijkprotocol

Patiëntprofiel	I – geen beperking in activiteiten en geen participatieproblemen II – begrijpelijke en herkenbare samenhang tussen aanwezige stoornissen en ervaren beperkingen en/of participatieproblemen III – discrepantie tussen aanwezige stoornissen en ervaren beperkingen en/of participatieproblemen
To Do	– GVO geven – beperkte indicatie beeldvorming – levensstijl en ergonomisch advies – verwijzing kinesitherapie – perorale analgetica – Infobrochure patiënt Link – SoSoeMe: kinevoorschrift "Nekpijn" – patiëntprofiel benoemen – contra-indicaties voor manuele therapie nagaan en schrappen zo nodig – kineverslag in EMD zetten – ICPC codering: Diagnose: L83: cervicaal syndroom Planning: *66.28 verwijzing kinesitherapie
Andere geïnteresseerde kinesitherapeuten	Folder Link – afspraken 1. Akkoord gaan met standpunten over samenwerking 2. EBMzorg obv aanbevelingen garanderen 3. Correcte contactgegevens voor op folder doorgeven aan praktijk
Bron	Manamathesis – EBM practicenet Nekpijn
Datum	Januari 2014. (A. Dieleman)

Aanbevelingen (korte versie)	**Indicaties voor medische beeldvorming bij patiënten met nekpijn** ● geen RX CWK, behalve bij acuut trauma. ● beeldvorming als na anamnese en klinisch onderzoek een ernstige ziekte wordt vermoed (zie tabel). o RX CWK als >6 weken o MRI CWK of CT CWK als er tekens zijn van uitgesproken of voortschrijdende spierzwakte of van uitstralende ondraaglijke pijn. Verwijs naar een specialist. **Levensstijl / Ergonomisch advies** ● stimuleren van voortzetting van dagelijkse activiteiten en terugkeer naar een normale levensstijl (inclusief werk). ● vroegtijdige aanpak van verslechterende factoren op het werk of tijdens de vrije tijd **Kinesitherapie** ● Lichte fysieke activiteit, zoals wandelen, om conditie te behouden. ● Actieve oefentherapie (onder toezicht of aangeleerde thuisoefeningen) om kracht en uithoudingsvermogen van de nek-, schouder- en armspieren bij chronische pijn te verbeteren. ● Multimodale behandeling: combinatie van oefentherapie en een vorm van manuele therapie (mobilisatie en/of manipulatie) ● Onvoldoende bewijskracht voor massage, warmte- of koudeapplicatie en tractie. **Perorale medicamenteuze behandeling** ● Verzeker de patiënt dat gelokaliseerde nekpijn een veel voorkomend probleem is dat meestal verdwijnt in enkele weken. ● Analgetica voor korte periode als pijnverlichting kan bijdragen aan het behoud van lichamelijke activiteit

Bijlage 5: Samenwerkingsprotocol kinesitherapeuten

Samenwerkingsprotocol Nekpijn

Geachte collega,

De huisartsen van de Groepspraktijk Fruithof verwijzen graag door naar kinesitherapeuten die dezelfde boodschap omtrent gelokaliseerde nekpijn formuleren en kwaliteitsvolle EBM zorg willen bieden. Dit wil zeggen dat zij patiënten met nekpijn een folder meegeven met uitleg over het beleid bij nekpijn, waarop ook enkele meewerkende kinesitherapeuten vermeld staan met hun contactgegevens. Deze kinesitherapeuten sluiten zich aan bij de aanbevelingen in bijlage. Ze delen ook volgende standpunten omtrent de samenwerking:

Gezien de beperkte indicatie tot beeldvorming, dient de aanvraag hiervoor te gebeuren na overleg tussen de kinesist en de huisarts.

Als een verlenging nodig is van het aantal kinesitherapiebeurten, zeker na 18 beurten, dient de patiënt op tussentijds consult te komen bij de huisarts met een tussentijds verslag over de behandeling. Dit gebeurt niet telefonisch.

Aan het einde van een kinesitherapeutische behandeling, zeker bij langdurige problematiek en patiëntenprofiel II en III, wordt een summier kinesitherapieverslag gemaakt.

Indien u akkoord gaat met bovenstaande standpunten, alsook de aanbevelingen en de patiëntenfolder in de bijlage mee ondersteunt, zetten we u graag bij op onze folder.

Hiervoor bezorgt u de praktijk uw contactgegevens.

Wij kijken alvast uit naar een goede samenwerking!

GROEPSPRAKTIJK
FRUITHOF



www.groepspraktijkfruithof.be

Sint-Theresiastraat 5

2600 Berchem

03/440.19.25