Zet de patiënt aan het werk:
“Wat kan u zelf doen bij nekpijn?”

Adaptatie van Duodecim richtlijn
‘Neck and shoulder pain’ op EBMPracticeNet.be

Willems Kristien, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Philips Hilde, Universiteit Antwerpen

Co-promotor en praktijkopleider: Cruysweegs Ilse

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context: EBMPracticeNet verzamelt richtlijnen van verschillende Belgische organisaties alsook van de Finse wetenschappelijke huisartsenvereniging Duodecim op haar website. Voor een aantal van deze richtlijnen zijn er moeilijkheden omdat zij niet in België toepasbaar zijn. Deze richtlijnen dienen geadapteerd te worden. Aangezien nekpijn een veel voorkomende problematiek in de huisartsenpraktijk is en er geen recente Belgische richtlijn beschikbaar is, werd gekozen om de Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain' te adapteren.
Veel patiënten met nekpijn voelen zich niet bekwaam om hun dagelijkse activiteiten verder te zetten. Dit kan de ziekteduur verlengen wat een belangrijke maatschappelijke en economische impact heeft. Het is mogelijk dat dit komt door een gebrek aan patiënteneducatie.

Onderzoeksvraag: Er werd nagegaan welke aanpassingen nodig zijn opdat de Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain' wetenschappelijk correcte aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering zou bevatten die praktisch toepasbaar zijn in de Belgische zorgcontext. Door twee onderzoekers werden vijf klinische vragen ontwikkeld. Deze masterproef bespreekt: 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 perorale medicamenteuze behandeling op gelokaliseerde nekpijn? Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op radiculaire nekpijn? De overige twee klinische vragen worden besproken in de masterproef van Anouk Dieleman.

Methode: Verscheidene internationale databanken en Belgische bronnen werden afzonderlijk geraadpleegd door twee onderzoekers. De gevonden literatuur werd gescreend en de weerhouden richtlijnen werden onafhankelijk van elkaar gewaardeerd met het AGREE II instrument. Er werd een consensus bereikt waar nodig. De Adapte procedure werd gevolgd tot een proefversie van de aanbevelingen. Met behulp van de weerhouden opmerkingen uit de peer review werden de aanbevelingen finaal aangepast.
Op basis van de bestudeerde literatuur en in samenspraak met een preventieadviseur werd de patiëntenfolder 'Wat kan u zelf doen bij nekpijn?' ontwikkeld. Gedurende vijf weken werd in de groepspraktijk CV Medizorg te Wuustwezel een patiëntenbevraging over leesbaarheid, vormgeving en inhoud uitgevoerd.

Resultaten: Na toepassing van het AGREE II instrument werden 2 richtlijnen en 1 kennisrapport weerhouden voor adaptatie. Tevens werd andere relevante Belgische informatie gebruikt. De proefversie van de aanbevelingen werd aan de hand van een peer review getest in een bijscholingsgroep en 2 HAIO-seminariegroepen. De ontwerprichtlijn werd op enkele punten aangepast aan de feedback. De belangrijkste boodschap is om voortzetting van dagelijkse activiteiten, met een vroegtijdige aanpak van verslechterende factoren, te stimuleren. Indien pijnverlichting hiertoe kan bijdragen, wordt het gebruik van analgetica voor een korte periode geadviseerd.
In totaal werden 27 vragenlijsten over de patiëntenfolder ingevuld. De gemiddelde algemene score was 4,15/5. Op leesbaarheid, vormgeving en inhoud waren de scores respectievelijk 4,70/5; 3,96/5 en 4,26/5.

Conclusies: De Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain' werd aangepast aan de Belgische context. De aanbevelingen zijn bedoeld om de klinische praktijk van Belgische huisartsen te verbeteren bij gelokaliseerde en radiculaire nekpijn. De geadapteerde richtlijn zal gepubliceerd worden op EBMPracticeNet en zal via de Evidence Linker beschikbaar zijn vanuit het Elektronisch Medisch Dossier.
De patiëntenfolder 'Wat kan u zelf doen bij nekpijn?' kan zinvol zijn bij patiënten met gelokaliseerde nekpijn.

ICPC: L01 Symptomen/klachten nek, L83 Neksyndroom

Contact: kristien.willems1@gmail.com

Dankwoord

Graag wil ik mijn promotor Hilde Philips bedanken voor het deskundig advies en de enthousiaste begeleiding bij de realisatie van de masterproef.

Ik dank de leden van EBMPracticeNet voor de organisatorische begeleiding en de feedback tijdens de overlegmomenten.

Mijn praktijkopleider Ilse Cruysweegs wil ik bedanken voor het mee realiseren van de implementatie in de praktijk en vooral voor de steun en het medeleven tijdens het uitwerken van de masterproef.

Verder wens ik de collega's uit de bijscholingsgroep en mijn seminariegroep te bedanken voor hun constructieve opmerkingen tijdens de peer review.

Graag bedank ik preventieadviseur ergonomie Hans Op het Eyndt voor het aanleveren van zijn expertise en het mee ontwikkelen van de patiëntenfolder.

Uitdrukkelijk wens ik Anouk Dieleman te bedanken voor de fijne samenwerking. We hebben elkaar gesteund en gemotiveerd om er een mooi project van te maken.

Ik eindig met een woordje van dank aan mijn familie en vrienden. In het bijzonder wil ik mijn ouders bedanken voor alle kansen en de bemoedigende woorden. Bedankt aan mijn partner Jan Buytaert voor zijn grote steun en aanmoedigingen tijdens moeilijkere periodes. Ook 'thank you' aan Kathleen Buytaert en Daan Weigand voor het toepassen van hun goede kennis van de Engelse taal.

Inhoudstafel

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 7

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 11

3.1. De ontwikkeling van een geadapteerde richtlijn 11

3.1.1. Literatuurstudie 11

3.1.2. Adapte procedure tot een proefversie van de aanbevelingen 12

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 14

4. Discussie 18
4.1. Inzichten en interpretaties 18
4.2. Sterktes en beperkingen 20
4.2.1. Sterktes 20
4.2.2. Beperkingen 20
4.3. Consequenties 21
5. Besluit 21
6. Referenties 22
7. Bijlagen 23
Bijlage 1: Geadapteerde richtlijn 23
Bijlage 2: Engelse samenvatting van de adaptaties 43
Bijlage 3: Patiëntenfolder ‘Wat kan u zelf doen bij nekpijn?’ 46
Bijlage 4: Vragenlijst over patiëntenfolder ‘Wat kan u zelf doen bij nekpijn?’ 48
8. Bijlagen beschikbaar bij de auteurs
Diapresentatie voor peer review in erkende bijscholingsgroep
Diapresentatie voor peer review in HAIO-seminariegroep
Vragenlijst voor peer review in erkende bijscholingsgroep
Opmerkingen uit peer review met redenen voor weerhouden/verwerpen
Engelse samenvatting van de adaptaties en redenen voor adaptatie

1. Inleiding

1.1. Motivatie

Voor mijn masterproef heb ik gekozen om mee te werken aan de adaptatie van de Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain' omwille van twee redenen.[1]
Enerzijds sprak het me aan om eens te proeven van het proces van richtlijnontwikkeling. De opleiding huisartsgeneeskunde is sterk gebaseerd op richtlijnen. Hier ben ik voorstander van, want zo kan de huisarts op een snelle manier evidence-based informatie bekomen. Ik gebruik de richtlijnen graag, maar ik kende niets over het proces van ontwikkeling.
Anderzijds is nekpijn een frequent probleem in de huisartsenpraktijk. In mijn opleidingspraktijk merkte ik dat de verschillende huisartsen een andere aanpak van nekpijn hadden. Ik wist niet welk beleid gewenst was en dus was ik geboeid om meer over dit onderwerp te weten te komen.

Tijdens de consultaties merkte ik dat veel patiënten met nekpijn wilden rusten en een werkonbekwaamheidsattest verwachtten. Wanneer de patiënt nadien het werk hervatte, recidiveerde de nekpijn vaak. Dit verloop heeft een belangrijke maatschappelijke en economische impact. Hierrond wilde ik graag werken. Tijdens de peer review kwam een gelijkaardige interesse naar boven. Kennis over concrete adviezen bij nekpijn bleek te ontbreken en dus was er nood aan patiënteneducatie met informatie over ergonomisch advies en welke verslechterende factoren aangepakt moeten worden.
Een patiëntenfolder 'Wat kan u zelf doen bij nekpijn?' werd ontwikkeld. Hierbij kwam ik op het terrein van de arbeidsgeneeskundige en de preventieadviseur. Ik ben overtuigd dat een multidisciplinaire aanpak veel voordelen biedt en dus werkte ik samen met een preventieadviseur voor het opstellen van de folder.

1.2. Stand van de literatuur

Het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in België over aspecifieke nekpijn geeft al veel wetenschappelijke informatie over het onderwerp.[2] Na 2009 zijn er wereldwijd nieuwe richtlijnen over nekpijn bijgekomen. De Duodecim richtlijn is intussen vier jaar oud.[1] 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) Anouk Dieleman.

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 het gemeenschappelijke project is om de Duodecim richtlijn 'Neck and shoulder pain', die door de redactie van EBMPracticeNet een negatieve beoordeling kreeg op basis van kwaliteit van inhoud en toepasbaarheid in de Belgische context, te adapteren.[1] De richtlijn zal gepubliceerd worden op de database van EBMPracticeNet waardoor ze beschikbaar wordt voor alle Belgische huisartsen.

Met de patiëntenfolder als individueel project wordt getracht om zowel de huisarts als de patiënt bij te staan. De folder helpt de huisarts om de patiënt gerust te stellen en te motiveren tot beweging. De patiënt krijgt via deze folder enkele concrete adviezen om nekpijn aan te pakken.

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.[1]

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 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.[2] Bij de Interventie van vraag 3 werd elektrotherapie geëxcludeerd, bij vraag 4 en 5 werd 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), Scottish 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 Farmacotherapeutische 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] Bij meningsverschillen werd na discussie een consensus bereikt.

2.1.3. Adapte procedure tot een proefversie van de aanbevelingen

Voor de richtlijnen die na AGREE II werden weerhouden, werden vervolgens stappen 4.2 t.e.m. 4.5 toegepast. Voor elke klinische vraag werden 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 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 zouden 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 in een erkende bijscholingsgroep en twee HAIO-seminariegroepen (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

De tweede klinische vraag over behoud van dagelijkse activiteiten bij gelokaliseerde nekpijn werd verder uitgewerkt voor implementatie door onderzoeker 1.

Op basis van de bestudeerde richtlijnen[1,6-7] en enkele bestaande folders[8-10] werd een eerste versie van de patiëntenfolder 'Wat kan u zelf doen bij nekpijn?' ontwikkeld.
Via Lode Godderis, professor arbeidsgeneeskunde aan de KULeuven, en Veerle Hermans, professor ergonomie aan de VUB en hoofd van de afdeling ergonomie bij IDEWE, werd contact gemaakt met Hans Op het Eyndt, preventieadviseur ergonomie bij IDEWE, regio Antwerpen. Via een persoonlijk gesprek werd meer informatie bekomen. Een bedrijfsbezoek met ergonomische adviezen over beeldschermwerk bij de werknemers van de Christelijke Mutualiteit te Schilde op 11/02/2014 werd bijgewoond. Enkele concrete adviezen werden aan de folder toegevoegd. In samenspraak met de promotor werd de patiëntenfolder ingekort en beperkt tot wetenschappelijk onderbouwde adviezen.
De folder werd toegevoegd aan het Elektronisch Medisch Dossier Medidoc.

Tevens werd een vragenlijst ontwikkeld om de mening van patiënten over de folder te kennen. De inspiratie tot de vragenlijst werd gehaald uit de masterproef van Ayla Ali over 'Optimalisatie van patiëntenfolders in de huisartsenpraktijk'.[11] Onderzoeker 1 besloot om de kwaliteit van de folder te beoordelen op leesbaarheid, vormgeving en inhoud. Er werd gevraagd aan de deelnemers om over deze drie onderwerpen op een lijn een score van 1 tot 5 te omcirkelen, met als verduidelijking: 1 = niet goed; 3 = matig; 5 = heel goed. Er werd tevens verzocht om per vraag een toelichting te geven. De vraag naar een algemene score werd toegevoegd. Eigen interessante adviezen om nekpijn te verlichten werden eveneens bevraagd. De vragenlijst werd bewust kort gehouden om zoveel mogelijk personen te bereiken.

Vanaf 3 maart 2014 werden de patiëntenfolder en de vragenlijst gedurende vijf weken meegegeven aan patiënten vanaf 18 jaar met gelokaliseerde nekpijn die op consultatie kwamen bij de drie huisartsen en de HAIO van de groepspraktijk CV Medizorg te Wuustwezel. Er werd gevraagd aan de patiënt om de folder te lezen en de vragenlijst in te vullen en te deponeren in een doos op het secretariaat. De huisartsen noteerden de datum van het consult en de naam en het telefoonnummer van de patiënt. Indien een patiënt de vragenlijst niet binnenbracht, kon de HAIO deze patiënt opbellen met de vraag om de vragenlijst alsnog in te vullen.
Wegens aanvankelijk een beperkte respons werd gekozen om de folders en de vragenlijsten vanaf 20 maart 2014 ook in de wachtkamer te leggen. Via een kleine affiche werd de feedback van mensen met en zonder nekpijn gevraagd. De vragen "Wat is uw geboortedatum?" en "Hebt u tijdens de voorbije 2 maanden nekpijn gehad, die niet veroorzaakt was door een trauma?" werden toegevoegd aan de vragenlijst.
De folder en de vragenlijst werden, op hun vraag, uitgedeeld aan enkele werknemers van dagcentrum De Oever te Gooreind. Dit centrum waar personen met een verstandelijke beperking terecht kunnen, wordt regelmatig bezocht door de praktijkopleider en de HAIO.

3. Resultaten

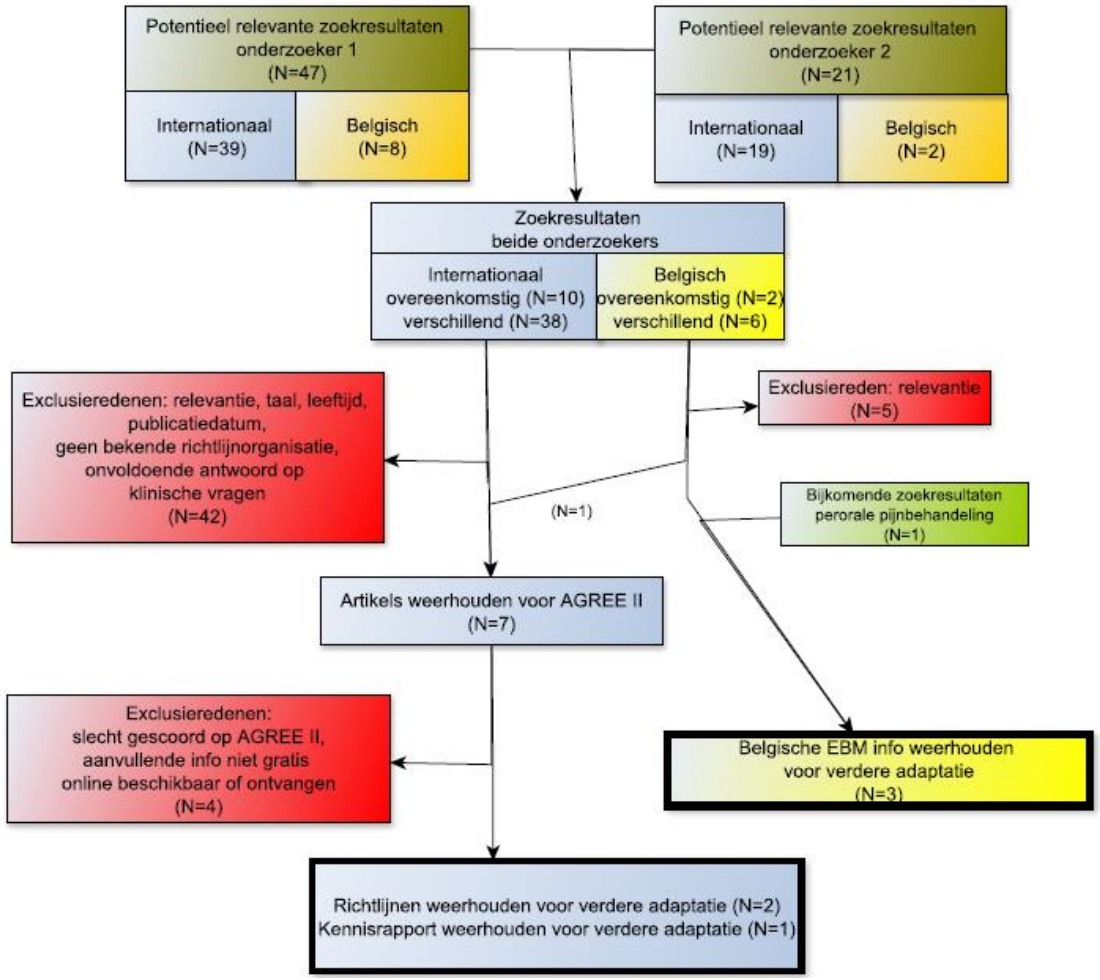
3.1. De ontwikkeling van een geadapteerde richtlijn

3.1.1. Literatuurstudie

De literatuurstudie wordt in detail weergegeven in de matrix.[12]

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 geselecteerd voor adaptatie van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn, meer bepaald een KCE rapport en 2 CKS richtlijnen.[2,6-7] Er werden 3 Belgische EBM publicaties weerhouden.[13-15] (figuur 1)

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.[12]

De uitwerking van stappen 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 radiculopathy' 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 gemaakt. 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 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 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. Alle weerhouden opmerkingen werden beschreven in de richtlijn (bijlage 1) 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 tweede klinische vraag ‘Wat is het verschil in evolutie tussen behoud van dagelijkse activiteiten en volledige rust bij de aanpak van gelokaliseerde nekpijn?’ is: 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

De vierde klinische vraag ‘Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op gelokaliseerde nekpijn?’ wordt beantwoord met: 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)

Het antwoord op de vijfde klinische vraag ‘Wat is het effect van perorale medicamenteuze behandeling op radiculaire nekpijn?’ luidt als volgt: 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 10-25mg per dag, nadien titreren. Overweeg verwijzing naar een pijnkliniek. (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 tabel. (bijlage 2) Om de redenering tot adaptatie toe te lichten, werd een samenvatting en vertaling van *punt 8) Basis voor de aanbeveling* gemaakt. (te verkrijgen bij de auteurs)

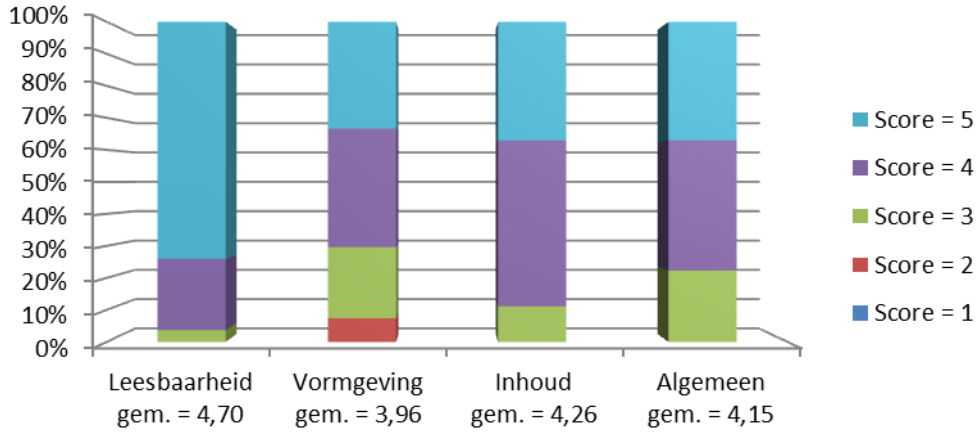
3.2. Implementatie in de praktijk

De patiëntenfolder 'Wat kan u zelf doen bij nekpijn?' (bijlage 3) start met de kernboodschappen. Het bespreekt voor welke nekpijn de folder van toepassing is en geeft uitleg over de verschijnselen en oorzaken van nekpijn. De patiënt wordt gerustgesteld en gemotiveerd om te blijven bewegen. Er worden concrete adviezen gegeven om uitlokkende factoren aan te pakken. Deze factoren worden onderverdeeld in werkfactoren, persoonlijke factoren en slaaphygiëne. Er wordt verteld wanneer de patiënt best contact opneemt met een huisarts, arbeidsgeneesheer of preventieadviseur.

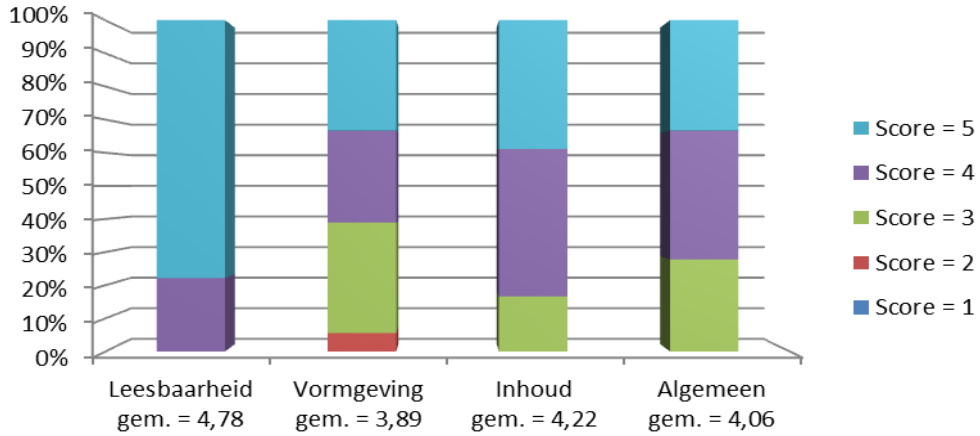
De folder en de vragenlijst (bijlage 4) werden door de huisartsen en de HAIO meegegeven aan 11 patiënten met nekpijn. Door 6 van deze patiënten werd de vragenlijst effectief ingevuld.
De vragenlijsten die in de wachtkamer lagen, werden ingevuld door 17 patiënten. Er werden 4 ingevulde vragenlijsten van werknemers van De Oever ontvangen. Van deze 21 patiënten hadden 12 patiënten de voorbije 2 maanden nekpijn, 9 patiënten hadden recent geen nekpijn.
Alle patiënten die de vragenlijst invulden, waren ouder dan 18 jaar.
In totaal konden 27 vragenlijsten verwerkt worden. Er waren in totaal 18 patiënten die de voorbije 2 maanden nekpijn hadden en 9 patiënten die recent geen nekpijn hadden.

Voor alle vragenlijsten werd de score van 1 tot 5 op leesbaarheid, vormgeving, inhoud en een algemene score samengevat. (grafiek 1) De scores van de patiënten met respectievelijk wel en geen nekpijn werden ook samengevat. (grafiek 2 en 3) Per vraag werd telkens de gemiddelde score toegevoegd.

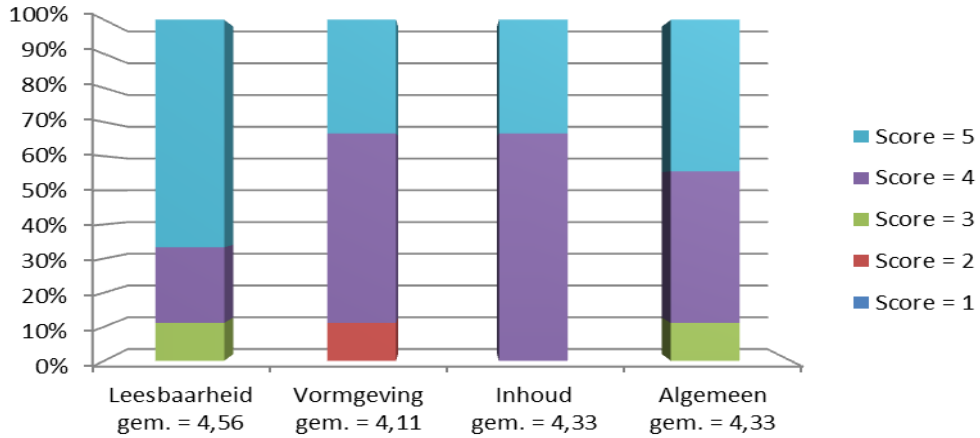
Grafiek 1: Scores van alle vragenlijsten (in totaal 27)



Grafiek 2: Scores van de vragenlijsten ingevuld door patiënten die tijdens de voorbije 2 maanden nekpijn hadden (in totaal 18)



Grafiek 3: Scores van de vragenlijsten ingevuld door patiënten die tijdens de voorbije 2 maanden geen nekpijn hadden (in totaal 9)



De toelichtingen die de patiënten in het vrije tekstveld noteerden, werden gebundeld in een willekeurige volgorde. (tabel 1) Indien eenzelfde toelichting meermaals werd gegeven, werd ‘tussen haakjes’ weergegeven hoeveel patiënten deze bemerking maakten.

Tabel 1: Toelichtingen van de patiënten op de vragen

Is de folder geschreven in een verstaanbare taal?	• Geen moeilijke woorden zodat iedereen het verstaat. (5) • Positief is dat er geen gebruik gemaakt is van jargon en veel voorbeelden gebruikt worden. • Ja, maar door ‘eenvoudige’ taal komt het misschien iets minder ‘professioneel’ over. • Duidelijk. (2) • De meeste zinnen zijn kort. • Zinnen duidelijker maken, de taal zo krachtig mogelijk houden.
Is de vormgeving van de folder aantrekkelijk?	• Sober maar duidelijk. Kernboodschappen springen in het oog en afbeelding doet onmiddellijk vermoeden over wat het gaat. • De folder is systematisch opgesteld. De kernboodschappen op het eerste blad leiden de lezer vanzelf naar de rest van de folder. • Lijkt mij een standaard folder. • Goede indeling. • Goed met foto erbij, titels onderlijnd. (2) • Heel aantrekkelijk en ook interessant. • Zeker niet meer tekst, hoe bondiger hoe beter. Anders wordt het niet gelezen. • Structuur ok, kleur gewenst. • Tussen andere folders valt het waarschijnlijk minder op omwille van ‘gewoon’ papier en ‘zwart-wit’. Formaat en manier van vouwen is wel goed. • Onhandige manier van vouwen.

Geeft de folder zinvolle adviezen bij nekpijn?	• Hoewel de informatie zinvol is, is de informatie zeer algemeen. Wellicht zou ik eerder op zoek gaan naar een even compacte brochure die daarentegen dieper ingaat op een welbepaalde problematiek zoals spanningsnekpijn, nekpijn veroorzaakt door verkeerde werkhouding, overbelasting etc. en minder naar een zeer algemene brochure. • Duidelijke omschrijving, in mijn geval denk ik stress (spanningen). • I.v.m. werkfactoren wordt alleen over mensen die op een bureau werken verteld. Ik ben heftruckchauffeur en zit met dubbele hernia in de nek. Beroepsziekte? • Zeker wat betreft bewegingsaspect aangezien men neiging heeft om net niet te bewegen. (4) • Goede informatie weergegeven: bewegen en een goede slaaprust met goed kussen. • De folder stelt gerust voor de meeste mensen met nekpijn. • Vrij gemakkelijk toe te passen. • Ja, alhoewel bij mij de pijn enkel te verhelpen is met ontstekingsremmers. • Paracetamol 1000mg is volgens mij een zeer hoge dosis (zeker voor mensen die weinig of geen pijnstillers nemen). (2) • Er is sprake van spontaan herstel tussen 6-12 weken. Daarna wordt aangeraden naar de dokter te gaan als de klachten langer dan 2-4 weken duren?! • Kleine bemerking: onder de titel ‘Wat is nekpijn?’ wordt eigenlijk geen uitleg gegeven over wat nekpijn is. Misschien een andere titel?
Hebt u nog andere interessante adviezen om nekpijn te verlichten?	• Warmte bv. kersenpitkussen of warmtepleister/hotpatch. (4) • Stretchoefeningen.

4. Discussie

4.1. Inzichten en interpretaties

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 richtlijn-databanken, 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, aangezien de geadapteerde richtlijn tot doel heeft om toepasbaar te zijn in de Belgische context. De grootste veranderingen in de aanbevelingen situeren zich op het vlak van kinesitherapeutische behandeling, met de nadruk op multimodale behandeling, en perorale medicamenteuze behandeling bij uitstralende nekpijn, waar onder andere de beschikbaarheid van medicatie in België werd nagekeken.

Op basis van eigen inzichten en opmerkingen uit de peer review werden enkele aanbevelingen aangepast zodat ze tegemoet komen aan de vraag vanuit het werkveld. Er werd evidentie in de literatuur gezocht. Een zwakke graad van aanbeveling en een laag evidentieniveau werden toegekend.

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

De patiëntenfolder steunt de huisarts in het consult bij de patiënt met gelokaliseerde nekpijn. Tevens is de folder geschikt om in de wachtkamer te leggen, aangezien de folder duidelijk beschrijft voor welk type nekpijn het van toepassing is. De patiënt verkrijgt informatie over wat hij zelf kan doen bij dit type nekpijn en wanneer hij medische hulp moet zoeken.

De vragenlijst ter evaluatie van de patiëntenfolder werd ingevuld door 27 patiënten. Dit lijkt een beperkte respons. Enerzijds biedt de beperkte onderzoeksperiode hiervoor een verklaring. Aanvankelijk werd de folder enkel meegegeven bij een consult over nekpijn. Er werd opgemerkt dat de vragenlijst vaak niet werd binnengebracht, mogelijks doordat de patiënt na het consult geen zin en/of tijd had om de vragenlijst meteen in te vullen en het nadien vergat. Bij het telefonisch herinneren van de patiënten, brachten sommige patiënten de ingevulde vragenlijst nog binnen. Enkele patiënten konden telefonisch niet gecontacteerd worden aangezien een incorrect telefoonnummer genoteerd was. Anderzijds kan verondersteld worden dat de respons beperkt was doordat de naam en de geboortedatum van de patiënt gevraagd werden. De naam werd gevraagd om patiënten die de folder meekregen bij een

consult te herinneren aan het invullen van de vragenlijst. De geboortedatum was nodig om te verifiëren dat de deelnemer minimum 18 jaar was. Het is mogelijk dat er een grotere respons zou geweest zijn indien de vragenlijst op anonieme basis kon ingevuld worden.

Uit de vragenlijsten bleek dat de folder door de bevraagde patiënten werd gewaardeerd, zowel op vlak van leesbaarheid, vormgeving als inhoud. De algemene gemiddelde score was 4,15 op 5. Er waren slechts verwaarloosbare verschillen tussen de gemiddelde scores van de deelnemers met en zonder nekpijn. Patiënten met nekpijn gaven vaker de matige score 3. Ook uit de grafieken lijken de scores van de patiënten met nekpijn meer genuanceerd. De mening van de deelnemers zonder nekpijn lijkt meer uitgesproken. Deze kleine verschillen zouden verklaard kunnen worden doordat de folder vanuit een ander standpunt wordt beoordeeld.

Vooral de gebruikte taal werd, met een gemiddelde score van 4,70 op 5, gewaardeerd, al merkte een deelnemer op dat de folder zo minder professioneel overkomt. Een andere patiënt had de taal liever wat krachtiger gehad.
De score op de vormgeving was meer gematigd, gemiddeld 3,96 op 5. Het advies werd gegeven om de folder meer te laten opvallen door bijvoorbeeld speciaal papier of kleur te gebruiken. Er was onenigheid of de folder al dan niet goed gevouwen was.
Voor de inhoud was de gemiddelde score 4,26 op 5. Er werd opgemerkt dat de titel ‘Wat is nekpijn?’ beter veranderd kan worden aangezien de tekst eronder geen antwoord geeft op de vraag. Deze opmerking lijkt correct, de titel zou ook geschrapt kunnen worden. Een deelnemer gaf aan dat de folder zeer algemeen is en dat de voorkeur gaat naar een brochure die meer specifiek over een welbepaalde problematiek handelt. Deze folder geeft informatie over gelokaliseerde nekpijn, bijkomende folders over de verschillende soorten gelokaliseerde nekpijn zouden nuttig zijn. Een andere persoon merkte op dat de adviezen vooral op bureauwerk gericht zijn. Het klopt inderdaad dat voor beeldschermwerk de meeste evidence-based adviezen bestaan die algemeen kunnen toegepast worden. Personen die nekpijn houden ondanks de adviezen in de folder kunnen best contact opnemen met de arbeidsgeneesheer, preventieadviseur of huisarts. Dit advies wordt ook meegegeven in de folder. De dosering van 1000mg paracetamol werd door twee personen te hoog bevonden. De verschillende termijn tussen het verwachte spontane herstel en het advies tot consult bij de huisarts werd ook opgemerkt. Deze adviezen zijn gebaseerd op richtlijnen en folders waarvan de referenties vermeld staan in de patiëntenfolder.
Door meerdere personen werd een score tussen 2 cijfers aangeduid. Voor de verwerking van de scores werd verder gewerkt met het laagste cijfer. De globale score wordt dus eerder onderschat.
Als bijkomend interessant advies werd door de deelnemers warmte voorgesteld. In de praktijk wordt inderdaad gemerkt dat warmte op de nek vaak als aangenaam wordt ervaren. Er bestaat echter onvoldoende evidentie over warmte-applicatie waardoor dit advies best niet toegevoegd wordt aan de folder. Indien met stretchoefeningen tractie bedoeld wordt, bestaat hierover in de onderzochte literatuur ook onvoldoende bewijskracht.

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.

Het individuele implementatiegedeelte levert een bruikbare patiëntenfolder op die het resultaat was van een interdisciplinaire samenwerking met een preventieadviseur. Deze folder werd toegevoegd aan het Elektronisch Medisch Dossier Medidoc. Via een vragenlijst met scores op leesbaarheid, vormgeving en inhoud, werd besloten dat de folder door de patiënten wordt geapprecieerd.

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 thema's werden niet meegenomen in de masterproef en de richtlijn, daar de auteurs zich 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', 'onvoldoende antwoord op alle vijf klinische vragen' en 'aanvullende informatie niet online beschikbaar', 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, waardoor er gebrek aan ervaring was voor het doorlopen van het proces. De matrix werd doorheen het proces aangepast, de uitwerking tot een richtlijn is inhoudelijk 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 formaat werd gebruikt. Dit zal in de elektronische versie verbeterd worden door 'doorklikmogelijkheden' voor wie meer informatie wil.

Met de patiëntenfolder werd getracht om aan de patiënten wetenschappelijk correcte informatie aan te bieden, en dit op basis van evidentie gevonden tijdens het literatuuronderzoek en samenwerking met een preventieadviseur. Over ergonomische adviezen bestaat echter veel discussie zodat concrete adviezen vaak weinig onderbouwd zijn. Een evenwicht werd gezocht.

De vragenlijst over de patiëntenfolder werd ingevuld door een beperkt aantal patiënten. Er kan verondersteld worden dat enkel gemotiveerde patiënten de vragenlijst invulden zodat de score moet genuanceerd worden.

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 en een eventuele uitstel van de pensioenleeftijd in België een eigen dynamiek zal ontwikkelen.

De patiëntenfolder en de vragenlijst vormen een nuttige aanvulling op de richtlijn. Deze overtuiging wordt bevestigd door het AGREE II instrument waarmee de kwaliteit van richtlijnen gescoord wordt.[5] De patiëntenfolder is een hulpmiddel voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk, wat onder item 19 (domein 5: toepassing) besproken wordt. De vragenlijst vormt een eerste stap tot het nagaan van het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie, wat onder item 5 (domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden) toegelicht wordt.

Aan de hand van de gegeven opmerkingen van de patiënten werden suggesties gedaan om de folder aan te passen. Er wordt afgesproken dat de patiëntenfolder ook na het beëindigen van de masterproef wordt meegegeven aan patiënten met nekpijn. De hoop is dat deze folder kan bijdragen tot het behoud van dagelijkse activiteiten en bijgevolg een daling van het absenteïsme bij nekpijn. Dit verband werd niet getest, maar wordt wel verondersteld.

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 patiëntenfolder meegegeven worden aan patiënten met gelokaliseerde nekpijn. Het doel van de folder is om patiënten te motiveren tot het behoud van dagelijkse activiteiten, mits een vroegtijdige aanpak van verslechterende factoren. De hoop is dat deze folder kan bijdragen aan een daling van het absenteïsme bij nekpijn.

6. Referenties

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

2. Kenniscentrum F, Centre G. Aspecifieke nekpijn: diagnose en behandeling. 2009.

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

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

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

9. Multidisciplinaire richtlijn aspecifieke KANS. [Internet]2012. Beschikbaar via: http://www.nvpc.nl/uploads/stand/111NVPC121126DOC-MW-Multidicsrichtlijn%20aspecifieke%20KANS.pdf

10. IDEWE. Ga er eens goed voor zitten: Ergonomische tips rond beeldschermwerk. 2012.

11. Ayla Ali. Masterproef: Optimalisatie van patiëntenfolders in de huisartsenpraktijk. 2008.

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

13. 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

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

15. 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.

7. Bijlagen

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 huisartsenpraktijk 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)

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

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.

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) Definities

Analgetica: medicatie om de pijn te verminderen

NSAID: niet-steroïdaal anti-inflammatoir middel

Opioïd: narcotisch analgeticum

c) Kritische opmerking over de implementatie na peer review

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: Engelse samenvatting van de adaptaties

	Answer of original Duodecim guideline	Answer of adapted Duodecim guideline
Title	Neck ~~and shoulder~~ pain	Neck pain
1) What are the indications for medical imaging in patients with non-traumatic neck pain?	There is no evidence to support the benefit of routine x-ray of the cervical spine, except in acute injury. Imaging studies are indicated if the history or clinical findings are suggestive of a serious illness. If the neck pain persists for over 6 weeks, plain x-rays of the cervical spine are warranted. If the pain reoccurs at a later stage, new x-rays are not recommended, unless there are signs of severe illness. ~~The need for imaging other than plain x-rays is considered in specialized care.~~ Radiating symptoms and cervical disc prolapse: If the patient presents with marked or progressing muscle weakness or with excruciating pain, a referral should be made to an appropriate specialist.	Do not execute a routine x-ray of the cervical spine, except in acute injury. (1C) **Consider** imaging studies if the history or clinical findings suggest a serious illness. (2C) **Consider** a routine x-ray if the localized neck pain persist for over 6 weeks. Do not execute a new x-ray if the pain reoccurs at a later stage, unless there are signs of severe illness. (2C) **Consider** a **magnetic resonance imaging (MRI) or computed tomography (CT)** if the patient presents with marked or progressing muscle weakness or with excruciating pain. (2C) Refer to an appropriate specialist. (2C)
2) What is the difference in evolution between maintaining daily activities and full rest in addressing localized neck pain?	The importance of maintaining normal daily activities and of physical exercise should be emphasized to the patient. Any aggravating factors at work or during leisure time, should be addressed as early as possible. Such factors include any positions with sustained neck flexion, extension or rotation as well as working for long times with raised arms and static postures.	**Consider** encouraging of maintaining normal daily activities and **return to a normal lifestyle (including work)**. (2C) **Consider** an early approach to aggravating factors at work or during leisure time (*). (2C) (*) = Any positions with sustained neck flexion, extension or rotation as well as working for long periods of time with raised arms and static postures
3) What is the effect of physical activity and/or physical therapy in localized neck pain?	In the treatment of chronic localized neck pain (= >12 weeks), active therapeutic exercise which improves muscular strength and endurance is beneficial. Light physical activity, such as walking, to maintain physical fitness is recommended. Active exercise therapy to improve strength and endurance of the neck, shoulder and brachial muscles is beneficial in chronic localized neck	**Consider** light physical activity, e.g. walking, to maintain physical fitness. (2C) **Consider** active exercise therapy **(supervised or taught home exercises)** to improve strength and endurance of the neck, shoulder and brachial muscles in chronic pain. (2B) Consider mobilization in chronic pain. (2B) **Consider** manipulation of the cervical spine. (2B)

	pain. Mobilization therapy may be beneficial in prolonged neck pain; ~~however, headache and pain radiating to the upper extremities have been reported in association with the treatment.~~ The manipulation of the cervical spine is ~~not recommended because of the associated risk of serious complications, such as dissection of the carotid artery or injury to the vertebral artery, particularly when rotation techniques are employed.~~ Evidence on the efficacy of physical treatment modalities is inadequate. Evidence on the efficacy of massage or applying heat or cold is insufficient; the same applies to traction.	**Recommend a multimodal therapy: a combination of at least two different therapeutic modalities. More specifically, recommend combining exercise and a form of manual therapy (mobilization and/or manipulation).** (1B) There is insufficient evidence for massage, heat or cold application and traction. (2C)
4) What is the effect of peroral drug therapy in localized neck pain?	Analgesics may be prescribed for a short time if pain relief can contribute towards maintaining physical activity. Paracetamol is the drug of choice. If the pain is more severe, a safe non-steroidal anti-inflammatory drug should be prescribed. If the pain is not managed with a non-steroidal anti-inflammatory drug alone, a mild to moderately potent opioid analgesic, such as ~~codeine or~~ tramadol, may be added to the treatment. A ~~skeletal muscle relaxant~~ may be an alternative if non-steroidal anti-inflammatory drugs are unsuitable. Nearly one-third of patients experience fatigue or vertigo as an adverse effect. There is no evidence on the benefits of combining skeletal muscle relaxants and analgesics. Tricyclic antidepressants are beneficial in the treatment of tension neck.	**Assure the patient that localized neck pain is a common problem that usually resolves within a few weeks.** (2C) Consider analgesics for a short period of time if pain relief can contribute towards maintaining physical activity. (2C) ○ **Take into account the pain severity, personal preferences, tolerability and risk of adverse effects.** ○ Preferably give paracetamol. If the pain is not controlled with the highest dose of paracetamol, replace paracetamol with a safe non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID). If the pain is not controlled with the highest dose of a NSAID, combine paracetamol and a NSAID. If this treatment is insufficient, add a mild to moderately potent opioid analgesic (e.g. tramadol). **Avoid combination drugs to allow flexibility of titration and dosing of analgesic effect.** ○ **In case of continuous pain, analgesics are best given at regular intervals.** ○ **There is discussion about** the use of benzodiazepines because of the unclear analgesic effect and adverse effects. Be aware of possible adverse effects such as fatigue or vertigo. (2C)

		Consider tricyclic antidepressants in localized neck pain **that is inadequately controlled with full-dose standard analgesics after 12 weeks: for example, start with amitriptyline 10-25mg a day and titrate accordingly. Consider referral to a pain clinic.** (2C)
5) What is the effect of peroral drug therapy in radicular neck pain?	NSAIDs or a combination of a NSAID and a mild opiate are recommended for analgesia. Tricyclic antidepressants are beneficial in the treatment of neuropathic pain.	**If radicular neck pain has been present for less than 4 to 6 weeks and there are no objective neurological signs:** ○ **Provide reassurance and information about his condition.** ○ **Consider analgesics.** (2C) ▪ **Take into account the pain severity, personal preferences, tolerability and risk of adverse effects.** ▪ **Preferably give paracetamol.** If the pain is not controlled with the highest dose of paracetamol, replace paracetamol with a safe non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID). If the pain is not controlled with the highest dose of a NSAID, **combine paracetamol and a NSAID.** If this treatment is insufficient, add a mild to moderately potent opioid analgesic **(e.g. tramadol). Avoid combination drugs to allow flexibility of titration and dosing of analgesic effect.** ▪ **In case of continuous pain, analgesics are best given at regular intervals.** **If radicular neck pain has been present for 6 weeks and is inadequately controlled with full-dose standard analgesics or is in the presence of objective neurological signs:** o **Consider** low-dose tricyclic antidepressants: **for example, start with amitriptyline 10-25mg a day and titrate accordingly. Consider referral to a pain clinic.** (2C)

Bijlage 3: Patiëntenfolder 'Wat kan u zelf doen bij nekpijn?'

Patiëntenfolder

Wat kan u zelf doen bij nekpijn?



Kernboodschappen

- **Nekpijn geeft niet alleen pijn maar kan ook samengaan met stijfheid en minder goed kunnen bewegen van de nek.**
- **Nekpijn kan veroorzaakt worden door overbelasting of een verkeerde beweging. Meestal is er geen duidelijke oorzaak.**
- **Nekpijn gaat vaak vanzelf over.**
- **Blijf (voorzichtig) bewegen, ook al hebt u pijn. Zo voorkomt u dat uw nek stijf wordt. Meestal kan u blijven werken. Pak wel uitlokkende factoren aan.**

Wat is nekpijn?

Nekpijn is een veel voorkomende klacht. Meestal is er geen duidelijke oorzaak voor de nekpijn en is de pijn binnen een aantal weken weer weg.

Wat zijn de verschijnselen van nekpijn?

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 verschijnselen zijn pijn, stijfheid, tintelingen en/of dove gevoelens in de nek, soms uitstralend naar hoofd, schouder of arm. Nekpijn kan erg hinderlijk zijn.

Wat veroorzaakt nekpijn?

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 het sporten, kan de nek pijn doen.

Wat kan u zelf doen?

1) **Vertrouw op spontaan herstel**
   De meeste klachten gaan vanzelf over op een termijn van zes tot twaalf weken. Blijf positief, ook al duurt het wat langer voordat de klachten verminderen of verdwijnen.

2) **Blijf bewegen**
   Probeer te blijven bewegen en uw dagelijkse bezigheden en werk voort te zetten, ook al hebt u pijn. Pijn bij bewegen betekent niet dat bewegen schadelijk is. Het is juist goed om te blijven bewegen.
   Neem uzelf voor om elke dag een half uur of drie dagen per week een uur aan beweging of sport te doen, bijvoorbeeld wandelen of rustig fietsen. Probeer een ontspannen houding aan te nemen en wissel uw houding regelmatig af.
   Tip: Pijnstillers verzachten de pijn en kunnen helpen om te blijven bewegen. Als u continu pijn hebt, kan u best pijnstillers op vaste tijden innemen, ook al hebt u op dat moment even geen pijn. Gebruik bij voorkeur paracetamol (max 4 maal per dag 1000 mg).

3) **Pak uitlokkende factoren aan**
   Dezelfde factoren die een rol spelen bij het ontstaan van nekpijn, kunnen de klachten laten bestaan of verergeren. Langdurig dezelfde houding aannemen moet vermeden worden, in het bijzonder posities met langdurig buigen van de nek, strekken van de nek of draaien van de nek. Langdurig werken met geheven armen is ook af te raden.

- ***Werkfactoren***

  De volgende maatregelen kunnen uw werk minder belastend maken:

  a. *Breng afwisseling in uw werkhouding.*
     Het is heel belangrijk om uw activiteiten bewust over de volledige dag te verdelen. Zo kan u bijvoorbeeld na het lappen van een aantal ramen best even stofzuigen.
     Bij zittend werk staat u best om het half uur even op om te bewegen. Bij staand werk gaat u best elk half uur even zitten.
  b. *Kies een goede werkhoogte.*
     Bij beeldschermwerk zorgt u er best voor dat de tafel zich op ellebooghoogte bevindt. Bij andere taken wordt uw werkhoogte bepaald door de taak.
  c. *Maak gebruik van hulpmiddelen.*
     Bepaalde hulpmiddelen kunnen een goede werkhouding stimuleren. Zo zal een documentenhouder bij beeldschermwerk ervoor zorgen dat u veel minder in een gebogen houding zit.
  d. *Neem rustpauzes.*
     Regelmatig een pauze van enkele minuten bevordert het herstel.

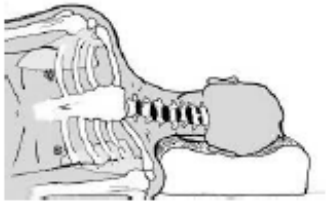
U kan contact opnemen met de arbeidsgeneesheer of preventieadviseur om klachten en mogelijke aanpassingen op de werkvloer te bespreken. Vraag de contactgegevens aan uw leidinggevende.

- ***Persoonlijke factoren***

  Sommige mensen krijgen vooral last van nekpijn als ze onder spanning staan. Wanneer u dit herkent, helpt het misschien als u beter met (de oorzaken van) stress leert om te gaan. Bespreek dit met iemand die u vertrouwt of ga langs bij uw huisarts.

- ***Slaaphygiëne***

  Gebruik 's nachts één stevig kussen. De slaaphouding moet comfortabel zijn. Een goed kussen is afhankelijk van uw slaaphouding, de hardheid van de matras en uw lichaamskenmerken. Het kussen moet zijdelingse steun bieden en de holte van de nek ondersteunen.



Opgepast! Bovenstaande adviezen gelden enkel bij gewone nekpijn. Ze zijn niet aangewezen bij nekpijn na een val of stoot.

Wanneer gaat u naar de huisarts?

Neem contact op met uw huisarts als:

- de klachten erger worden
- de klachten langer dan twee tot vier weken duren
- bewegen van uw nek na vier weken nog onvoldoende lukt
- de pijn gaat uitstralen in uw arm
- de kracht of het gevoel in uw arm vermindert
- u zich zorgen maakt over uw klachten

Deze folder werd opgesteld in februari 2014 door Kristien Willems, huisarts in opleiding, werkzaam in een opleidingspraktijk te Wuustwezel.

Dank aan Hans Op het Eyndt, preventieadviseur ergonomie, groep IDEWE, regio Antwerpen; Hilde Philips, huisarts, verbonden aan de vakgroep ELIZA, universiteit Antwerpen en de collega's-huisartsen van Medizorg-Wuustwezel: Paul Leysen, Ilse Cruysweegs en Gwendoline Leysen.

Bronnen

- Update on current care guidelines. Neck pain. Duodecim 2009;125(24):2759-61.
- Neck pain – non-specific. [Internet]2009 Jan[updated 2013 Feb]. Available from: http://cks.nice.org.uk/neck-pain-non-specific#azTab
- Neck pain – cervical radiculopathy. [Internet]2009 Jan[updated 2013 Jun]. Available from: http://cks.nice.org.uk/neck-pain-cervical-radiculopathy#azTab
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Ik heb last van nekpijn. [Online] Available from: http://www.thuisarts.nl/nekpijn/ik-heb-last-van-nekpijn [updated 30th July 2012].
- Multidisciplinaire richtlijn aspecifieke KANS. [Internet]2012. Available from: http://www.nvpc.nl/uploads/stand/111NVPC121126DOC-MW-Multidicsrichtlijn%20aspecifieke%20KANS.pdf
- IDEWE. Ga er eens goed voor zitten: Ergonomische tips rond beeldschermwerk (2012).

Bijlage 4: Vragenlijst over patiëntenfolder 'Wat kan u zelf doen bij nekpijn?'

Vragenlijst over patiëntenfolder "Wat kan u zelf doen bij nekpijn?"

Ik, Kristien Willems, ben sinds augustus 2012 Huisarts In Opleiding. In het kader van mijn masterproef heb ik een patiëntenfolder met adviezen over nekpijn gemaakt. Ik vraag graag uw eerlijke feedback over deze folder. Zowel de feedback van "mensen met nekpijn" als "mensen zonder nekpijn" is heel interessant voor mij! Alvast bedankt!

Wat is uw NAAM? ……..

Wat is uw GEBOORTEDATUM? ……..

Hebt u tijdens de voorbije 2 maanden nekpijn gehad, die NIET veroorzaakt was door een trauma?
JA / NEEN

Zou u bij elke vraag uw score kunnen omcirkelen? 1 = niet goed; 3 = matig; 5 = heel goed
Gelieve bij elke vraag ook toelichting te geven bij uw score.

1) Is de folder geschreven in een verstaanbare taal?

   1 ---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

   Toelichting:

2) Is de vormgeving van de folder aantrekkelijk?

   1 ---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

   Toelichting:

3) Geeft de folder zinvolle adviezen bij nekpijn?

   1 ---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

   Toelichting:

4) Wat is uw algemene score voor deze folder?

   1 ---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

   Hebt u nog andere interessante adviezen om nekpijn te verlichten?