



bernhoven

Regionale Transmurale Afspraken

Rugexpertiseteam

RTA t.b.v. het rugexpertiseteam van Bernhoven



Versie	Beheer
1.0	Bernhoven, Synchroon Voor het laatst bijgewerkt op dinsdag 8 maart 2016

Distributielijst

Fysiotherapeuten, huisartsen en specialisten van Bernhoven

Datum: 23 februari 2016

Versie: 1.0

Auteur: Rolf de Kort, anesthesioloog

Inhoud

Rugexpertiseteam	3
Doelstelling van de RTA.....	3
Voordelen van het rugexpertiseteam	3
Beleid/behandeling in de eerste lijn	4
Beleid/behandeling bij de huisarts	4
Radiculaire klachten (subacuut of chronisch).....	4
Aspecifieke lage rugklachten	4
Neurogene claudicatio (kanaalstenose)	4
Beleid/behandeling bij de fysiotherapeut	5
Lumbosacraal radiculair syndroom.....	5
Aspecifieke lage rugklachten	6
Neurogene claudicatio (kanaalstenose)	7
Beleid/behandeling in de tweede lijn	8
Radiculaire klachten korter dan zes maanden	8
Radiculaire klachten langer dan zes maanden	8
Aspecifieke lage rugklachten.....	8
Neurogene claudicatio (kanaalstenose)	8
Verwijsafspraken	9
Terug verwijsafspraken	10
Van fysiotherapeut of oefentherapeut in de eerste lijn naar de huisarts.....	10
Van huisarts, fysiotherapeut of oefentherapeut in de eerste lijn naar de tweede lijn	10
Van tweede lijn naar de huisarts of fysiotherapeut in de eerste lijn	10
Verwijzingen naar de huisarts	11
Gezamenlijke behandeling	12
Bijlage 1: stroomschema beleid bij een LRS	13

Rugexpertiseteam

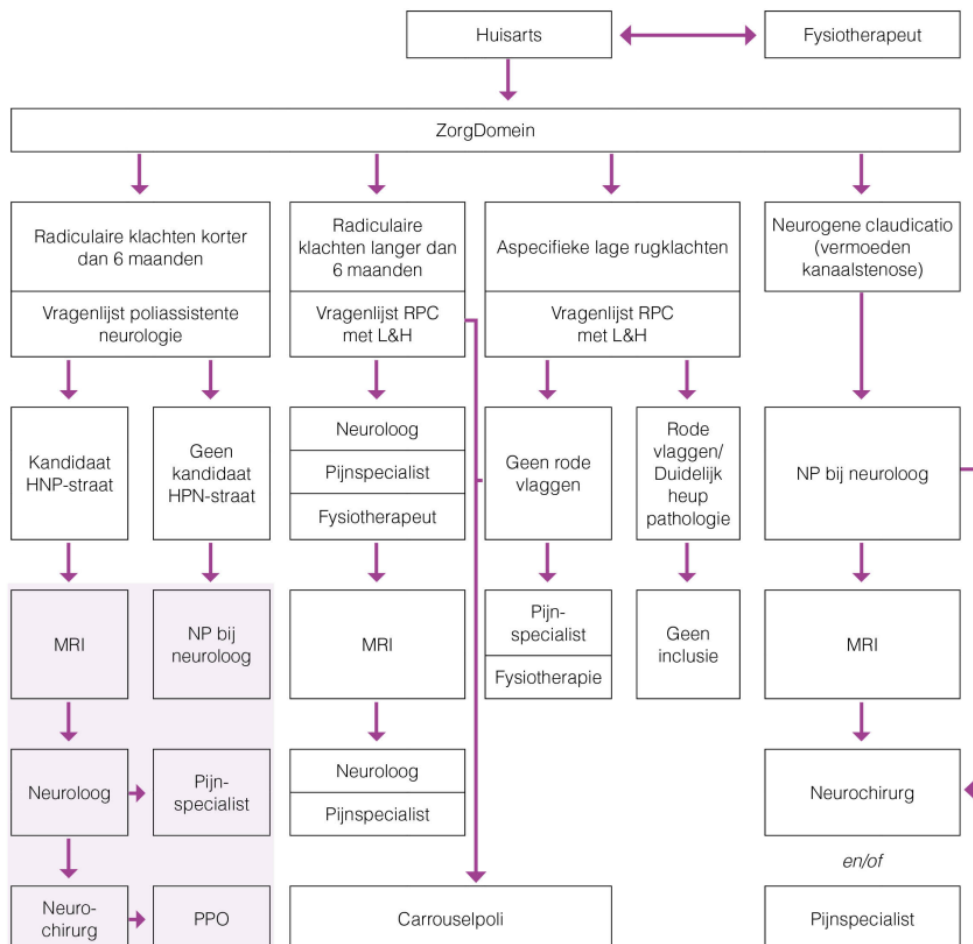
Doelstelling van de RTA

Het doel van deze RTA is de realisatie van transmurale afspraken zodat bij iedere patiënt met lage rugklachten (met of zonder radiculaire component) hetzelfde pad wordt bewandeld. Op deze manier gaat er zo min mogelijk tijd verloren. Iedere patiënt bewandelt zo efficiënt mogelijk hetzelfde pad, afhankelijk van de klachten en de diagnostiek.

Het zorgpad bestaat uit een team van samenwerkende zorgprofessionals die efficiënt op elkaar ingespeeld zijn: huisartsen, fysiotherapeuten, neurologen, neurochirurgen, orthopeden, anesthesiologen, psychologen en revalidatieartsen.

Voordelen van het rugexpertiseteam

1. Huisarts kan gemakkelijk patiënten doorverwijzen naar de juiste plek;
2. Patiënten komen direct op de juiste plaats bij de juiste zorgverlener(s);
3. Patiënt krijgt op efficiënte wijze diagnose en indicatiestelling/behandelplan in één dag;
4. Eventuele behandeling vindt snel plaats;
5. Educatie van de patiënt wordt de belangrijkste pijler;
6. Vervolgbehandeling kan in de eerste lijn plaatsvinden;
7. Eerste lijn en tweede lijn zorgverleners spreken dezelfde taal naar de patiënt;
8. Minder onnodige behandelingen voor patiënten wat zorgt voor minder shopgedrag.



Beleid/behandeling in de eerste lijn

Het beleid in de eerste lijn is afgeleid van de NHG standaarden (huisarts) en de KNGF richtlijnen (fysiotherapie).

Beleid/behandeling bij de huisarts

Radiculaire klachten (subacuut of chronisch)

- Het vermoeden van een lumbaal radiculair syndroom wordt gesteld o.b.v. anamnese en lichamelijk onderzoek, geen aanvullend onderzoek. U vindt op bladzijde 13 (bijlage 1) een stroomdiagram voor het beleid bij een lumbaal radiculair syndroom (LRS).
- Adviseer gedoseerd bewegen met adequate pijnstilling. Verwijs de patiënt door naar een oefen- of fysiotherapeut.
- Geen verwijzing naar de tweede lijn eerder dan zes tot 8 weken tenzij er een vermoeden bestaat van noodzaak tot operatieve interventie of een cauda-equina syndroom.
- Bij blijvend disfunctioneren de patiënt doorverwijzen naar de rugkliniek. Dit kan via de neuroloog, pijnspecialist of fysiotherapeut.

Aspecifieke lage rugklachten

- In principe geen verwijzing naar de tweede lijn.
- Overwegen van een verwijzing naar een oefen- of fysiotherapeut. Er is geen voorkeur voor het soort therapie, maar wel voor de aanpak.
- Geef de patiënt educatie en verwijs een patiënt met aspecifieke lage rugpijn in de volgende gevallen:
 - o Bij een vermoeden van een zeldzame of ernstige (specifieke) oorzaak, doorverwijzen naar een orthopedisch chirurg, neuroloog (of reumatoloog);
 - o Bij blijvend disfunctioneren doorverwijzen naar de rugkliniek. Dit is mogelijk via de neuroloog en pijnspecialist.

Neurogene claudicatio (kanaalstenose)

- Zodra de klachten chronisch worden kan de patiënt worden doorgestuurd naar de rugkliniek. Dit kan via neuroloog en pijnspecialist.

Beleid/behandeling bij de fysiotherapeut

Lumbosacraal radiculair syndroom

Aandachtspunten anamnese

- Inventarisatie van de klachten;
- Screening op 'rode vlaggen';
- Inventarisatie van de status presens (ernst en soort klachten);
 - NRS/VAS
 - Quebec Back Pain Disability Scale
- Stoornissen in functies (beperkingen in activiteiten, participatieproblemen);
 - PSK vragenlijst
- Inventarisatie van het begin van de klachten;
 - Situatie voordat de klachten begonnen (niveau van activiteiten, mate van participatie)
 - Ontstaansmoment en ontstaanswijze van de klachten en de mogelijke invloed van werkomstandigheden
- Inventarisatie van het beloop van de klachten (normaal of afwijkend);
 - Eerdere diagnostiek en behandeling en het resultaat van die behandeling
 - Eerder verkregen informatie (welke informatie; door wie gegeven)
 - Aanwezigheid van (psychosociale) herstelbelemmerende factoren
- Inventarisatie van de overige gegevens;
 - Nevenaandoeningen
 - Huidige behandeling (medicijnen, andere behandeling, adviezen, hulpmiddelen)
 - Sociale anamnese (met betrekking tot werk, huisvesting en gezinssituatie)
- Vaststellen van de hulpvraag en verwachting.

Aandachtspunten onderzoek

- Achterhalen van stoornissen in functies (gerelateerd aan de beperkingen in activiteiten en de participatieproblemen);
- Straight leg raising test (lasègue positief?);
- Onderzoek de spierkracht en bepaling vinger-bodemafstand bij vooroverbuigen (dit is positief bij meer dan 25 cm);
- Aanvullende neurologische testen zijn aan te bevelen.

Analyse

Schat in of er sprake is van 'rode vlaggen':

- Aanwezigheid van één of meerdere rode vlaggen: vermoeden van ernstige pathologie. Overleg met de huisarts en/of verwijs de patiënt terug.
- Afwezigheid van rode vlaggen (en geen aanwijzingen voor een lumbosacraal radiculair syndroom): specifieke lage rugpijn.

Breng het beloop van de pijn en van de beperkingen en participatieproblemen in kaart.

Bij een vertraagd herstel: zijn er factoren (individuele factoren/ psychosociale klachten) die het langer voortbestaan van de rugpijnepisode kunnen verklaren en/of herstel kunnen vertragen?

Therapeutische proces

De therapeut stelt in overleg met de patiënt een behandelplan op. Het profiel dat bij de individuele patiënt van toepassing is, vormt het uitgangspunt van de behandeling en is richtinggevend voor het behandelplan. Dit plan bevat:

- De einddoelen inclusief het tijdspad;
- De gekozen verrichtingen;
- De planning van evaluatiemomenten en de wijze van evalueren.

Beleid en behandeling

Bij afwezigheid van een KNGF richtlijn radriculaire klachten is een uniform beleid op basis van *evidence based / best practice* niet mogelijk. Onderstaand beleid is daarom een aanbeveling die voortvloeit uit overleg binnen de rugpoli werkgroep.

- Voorlichting omtrent pathologie;
 - Ernst
 - Beloop
 - Prognose
 - Beleid bij plotselinge toename van klachten
- Sturing en coaching ter voorkomen en reduceren van bewegingsangst en bewegingsarmoede;
 - Bij bewegingsangst is een TAMPA TSK score (of soortgelijk) aan te raden.
- Houding en beweegadvies;
- Pijnreductie (niet middels fysieke techniek);
- Actieve oefentherapie;
 - Mobiliserende therapievormen zoals bijvoorbeeld Mulligan en Mckenzie MDT zijn aan te bevelen.
 - Training van coördinatie, spierkracht of stabiliteit via bijvoorbeeld het RugRevalidatieSysteem van Toine van de Goolberg of PRT volgens Bert van Wingerden.
- Manuele therapie is af te raden. Dit sluit aan bij standaard radriculaire pijn van NHG.

Evaluatie en afsluiting

Stop de behandeling bij:

- Een afwijkend beloop, onder andere door;
 - Het uitblijven van resultaat na zes weken.
 - Een plotselinge toename van klachten in ernst of presentatie.
- Een normaal beloop;
 - Wanneer aan de hulpvraag is voldaan.
 - SLR, vinger-bodemafstand en aanvullend onderzoek negatief test.
 - Gezien natuurlijk beloop en weefsel herstel is een afbouwende follow-up structuur met sturing op een actieve levensstijl een verantwoorde manier van bewegen in de eerste twaalf maanden na het invullen van de hulpvraag aan te bevelen.

Aspecifieke lage rugklachten

Profiel 1: normaal beloop

- Stel de patiënt gerust;
- Adviseer bij voorkeur geen bedrust (maximaal twee dagen bij ernstige pijn);
- Stimuleer de opbouw van dagelijkse activiteiten, te blijven werken en zo nodig hervatten van werkzaamheden (eventueel met tijdelijke aanpassing);
- Geef aan dat de toename van activiteiten niet samengaat met een beschadiging van de rug;
- Beperk in afwijking van de richtlijn "lage rugpijn" de behandelingsperiode tot maximaal zes weken (gebaseerd op bindweefselherstel).

Profiel 2: afwijkend beloop zonder dominante psychosociale factoren

- Stimuleer de opbouw van dagelijkse activiteiten, te blijven werken en zo nodig hervatten van werkzaamheden (eventueel met tijdelijke aanpassing);
- Geef aan dat toename van activiteit niet samengaat met een beschadiging van de rug;
- Geef een oefenprogramma dat aansluit bij de behoefte van de patiënt en de expertise van de therapeut (rugrevalidatie systeem, tot tenminste kaart 6, flexie stabilisatie);
- Overweeg artrogene mobilisatie of manipulatie;
- Overweeg een hands-on therapie ter vermindering van de pijn en verbetering van de functie van de rug;
- Geen indicatie voor een elektrotechnische behandeling (in overeenstemming met de KNGF richtlijn);
- Bij werkverzuim van meer dan vier weken: vraag of er afspraken gemaakt zijn met de bedrijfsarts en neem zo nodig contact op met de bedrijfsfysiotherapeut en/of bedrijfsarts.

Profiel 3: afwijkend beloop met dominante psychosociale factoren

- Besteed aandacht aan psychosociale factoren die een ongunstige invloed hebben op het herstel.
- Overleg met bedrijfsarts of bedrijfsfysiotherapeut in geval van zwaar lichamelijk werk, langer durend ziekteverzuim of arbeidsconflict.
- Stimuleer opbouw van activiteiten, te blijven werken of hervatten van werkzaamheden.
- Geef oefenprogramma met stapsgewijze opbouw activiteiten op basis van vooraf afgesproken oefenbelasting en tijdschema, niet op basis van pijn (onder andere graded activity).
- Bij werkverzuim doelen van oefenprogramma samen laten vallen met doelen werkhervatting.
- Stoppen indien **geen** progressie na 3-6 weken.

Evaluatie behandelresultaten profiel 1, 2 en 3

Gebruik de meetinstrumenten NRS Pijn, PSK en QBPDS.

Afsluiting profiel 1, 2 en 3

- Klachten en beperkingen blijven gelijk of nemen onvoldoende af: (terug)verwijzing naar de huisarts of tweede lijn;
- Klachten en beperkingen nemen af zonder een stagnatie van vooruitgang: voortzetten van de behandeling met een rapportage aan de specialist en huisarts;
- Klachten en beperkingen nemen af of er is voldaan aan de hulpvraag: Voortzetten of sluiten van patiëntdossier met een rapportage aan de specialist en huisarts.

Neurogene claudicatio (kanaalstenose)

In principe geen rol voor de fysiotherapeut in de eerste lijn.

Beleid/behandeling in de tweede lijn

Patiënten worden volgens het stroomdiagram op pagina 3 ingedeeld op de juiste poli.

Radiculaire klachten korter dan zes maanden

(tussen de zes en vijftien weken)

Deze poli vindt plaats op dinsdagochtend. De patiënt brengt eerst een polibezoek bij de neuroloog en chirurg en krijgt vervolgens een MRI scan. Naar aanleiding van de uitslag van de MRI, komt de patiënt in aanmerking voor conservatieve therapie, een neurochirurgische behandeling of pijnbehandeling. Indien er een operatie-indicatie is, brengt de patiënt dezelfde dag een bezoek aan de polikliniek PPO. Indien er een indicatie is voor pijnbehandeling, krijgt de patiënt een consult met de anesthesioloog pijnspecialist aan het eind van de ochtend en wordt binnen een week de pijnbehandeling gepland.

Radiculaire klachten langer dan zes maanden

(meer dan twaalf weken)

De patiënt krijgt per e-mail een vragenlijst opgestuurd, waarbij wordt gekeken of er voldoende psychosociale factoren spelen om de patiënt multidisciplinair te benaderen (buiten de pijnspecialist, neuroloog en de fysiotherapeut ook door de psycholoog). Indien de screening voor de carrousel positief is, wordt de patiënt op de carrouselpoli ingedeeld.

Indien negatief, wordt de patiënt op een gecombineerde poli (één dagdeel) bij de neuroloog, anesthesioloog pijnspecialist en fysiotherapeut ingedeeld. Deze vindt plaats op donderdagmiddag. Er is vooralsnog geen MRI op dezelfde dag voorzien. Indien er wel een MRI dient te gebeuren, wordt deze dezelfde week ingepland en komt de patiënt (afhankelijk van het resultaat en de mogelijkheid tot invasieve behandeling op controle bij de neuroloog of de pijnspecialist).

Verder zal de patiënt gevraagd worden deel te nemen aan de module pijneducatie. Deze wordt gegeven in Bernhoven door de pijnconsulenten en is een inleiding in de verdere pijneducatie die in de eerste lijn zal worden verder gezet. De inhoud van deze pijneducatie wordt verspreid binnen de fysiotherapeuten/oefentherapeuten en huisartsen.

De fysiotherapeut stelt in functie van de diagnose en uitgevoerde behandeling een adequaat behandelplan op voor de eerste lijn.

Aspecifieke lage rugklachten

De patiënt krijgt per e-mail een vragenlijst opgestuurd, waarbij wordt gekeken of er voldoende psychosociale factoren spelen om de patiënt multidisciplinair te benaderen (buiten de pijnspecialist, neuroloog en de fysiotherapeut ook door de psycholoog). Indien de screening voor de carrousel positief is, wordt de patiënt op de carrouselpoli ingedeeld.

Indien negatief, wordt de patiënt op een gecombineerde poli (één dagdeel) bij de anesthesioloog pijnspecialist en fysiotherapeut ingedeeld. Deze vindt plaats op dinsdagmiddag. De pijnspecialist en fysiotherapeut stellen samen een diagnose en behandelplan op. In de praktijk zal een aspecifieke lage rugklacht zelden worden behandeld met invasieve pijnbehandeling.

De behandeling kan bestaan uit medicamenteuze therapie. Verder zal de patiënt gevraagd worden deel te nemen aan de module pijneducatie. Deze wordt gegeven in Bernhoven door de pijnconsulenten en is een inleiding op de verdere pijneducatie die in de eerste lijn zal worden voortgezet. De inhoud van deze pijneducatie wordt verspreid binnen de fysiotherapeuten/oefentherapeuten en huisartsen.

De fysiotherapeut stelt, in functie van de diagnose en uitgevoerde behandeling, een adequaat behandelplan op voor de eerste lijn.

Neurogene claudicatio (kanaalstenose)

Bij het vermoeden van kanaalstenose komt de patiënt in het reguliere programma van de poli neurologie. Indien nodig is een MRI plek binnen één week beschikbaar. Op indicatie vindt doorverwijzing naar de pijnspecialist (pijnbehandeling, al dan niet invasief) of de neurochirurg (indicatiestelling operatie indicatie) plaats.

Verwijsafspraken

1. De huisarts verwijst de patiënt door naar de fysiotherapeut en de fysiotherapeut verwijst zo nodig terug naar de huisarts.
2. De huisarts verwijst zo nodig door naar de tweede lijn. Hij doet dit middels ZorgDomein.

De criteria waaraan voldaan moet worden bij een doorverwijzing van de eerste lijn naar de tweede lijn staan uitgebreid beschreven in het voorgaande hoofdstuk:

- Verwijzing van een patiënt met aspecifieke lage rugpijn en lumbosacraal radiculaire klachten bij blijvend disfunctioneren naar de rugkliniek (doorverwijzing via de pijnspecialist of neuroloog).
- Geen verwijzing voor de patiënt met lumbosacraal radiculaire klachten naar de tweede lijn eerder dan zes tot acht weken tenzij er een vermoeden is van noodzaak tot operatieve interventie of een cauda-equina syndroom.

In ZorgDomein komen doorverwijzingen van patiënten met aspecifieke lage rugklachten en lumbosacraal radiculaire klachten naar de neuroloog, anesthesioloog pijnspecialist en orthopeed allen terecht bij het 'loket' van de rugkliniek. Op basis van enkele basale vragen in ZorgDomein (door de huisarts te beantwoorden), wordt de patiënt op de juiste plaats ingedeeld. Deze vragen zijn:

- Is er sprake van 'rode vlaggen'? (indien ja → direct contact opnemen met medisch specialist)
- Wat is de duur van de klachten?
- Maak een keuze uit onderstaande opties:
 - Radiculaire klachten
 - Aspecifieke lage rugklachten
 - Neurogene claudicatio (vermoeden kanaalstenose)

Terug verwijsafspraken

Verslaglegging voor het terugverwijzen naar de fysiotherapeut zal plaats vinden over drie schijven. Voor elk van de drie mogelijkheden staat hier de leidraad voor correspondentie beschreven. Ben kort en krachtig in de verwoording. Probeer ieder van de koppen in ongeveer vijf zinnen te beschrijven.

Van fysiotherapeut of oefentherapeut in de eerste lijn naar de huisarts

Conclusie

- Wat is de hulpvraag van de patiënt?
- Wat was uw differentiaal diagnose? (inclusief eventuele gele vlaggen: denk aan de STarT Back Screening Tool)
- Wat was uw behandelplan, tijdcontingent of pijncontingent inclusief tijdspad?
- Welke behandelbare grootheden heeft u hoe behandeld?
- Wat is het resultaat tot nu toe? (aanvang score en eindscore in NRS Pijn, PSK en QBPDS)

Beleid

Wat is uw hulpvraag en/of behandelvoorstel?

1. Op de korte termijn
2. Eventueel op de lange termijn

Van huisarts, fysiotherapeut of oefentherapeut in de eerste lijn naar de tweede lijn

Conclusie

- Wat is de hulpvraag van de patiënt?
- Wat was uw differentiaal diagnose? (inclusief eventuele gele vlaggen: denk aan de STarT Back Screening Tool)
- Wat was uw behandelplan, tijdcontingent of pijncontingent inclusief tijdspad?
- Welke behandelbare grootheden heeft u hoe behandeld?
- Wat is het resultaat tot nu toe? (aanvang score en eindscore in NRS Pijn, PSK en QBPDS)
- Wat is uw hulpvraag aan de rugpoli?

Beleid

Wat is uw hulpvraag en of behandelvoorstel?

1. Op de korte termijn.
2. Eventueel op de lange termijn

Van tweede lijn naar de huisarts of fysiotherapeut in de eerste lijn

Conclusie

- Conclusie naar aanleiding van het aanvullend onderzoek (inclusief gele en rode vlaggen) en eventuele beeldvorming.
- Antwoord op de hulpvraag van u en de patiënt.

Beleid

1. Op de korte termijn.
2. Eventueel: wat is eventueel het alternatief op de lange termijn.
3. Bij verwijzing fysiotherapie/oefentherapie uitgedrukt in behandelbare grootheden.
4. Tijd- of pijncontingent.
5. Wel of geen pijneducatie

De tweede lijn fysiotherapeut geeft een behandelplan mee voor de eerste lijn fysiotherapeut:

- Conclusie van het aanvullend onderzoek.
- Conclusie van eventuele beeldvorming.

Rugexpertiseteam

De conclusie en het beleid na elk onderzoek, bij terugverwijzing naar de eerste lijn fysiotherapeut, dient zo geformuleerd te worden dat de focus niet op het stoornisniveau ligt, maar op behandelbare grootheden en op activiteitsniveau van de patiënt, bijvoorbeeld:

- Pijneducatie eerste lijn;
- De patiënt is aangemeld voor pijneducatie in Bernhoven;
- Tijdcontingent oefenschema gericht op ADL;
- Inzicht geven van belasting bij de huidige belastbaarheid;

Verwijzingen naar de huisarts

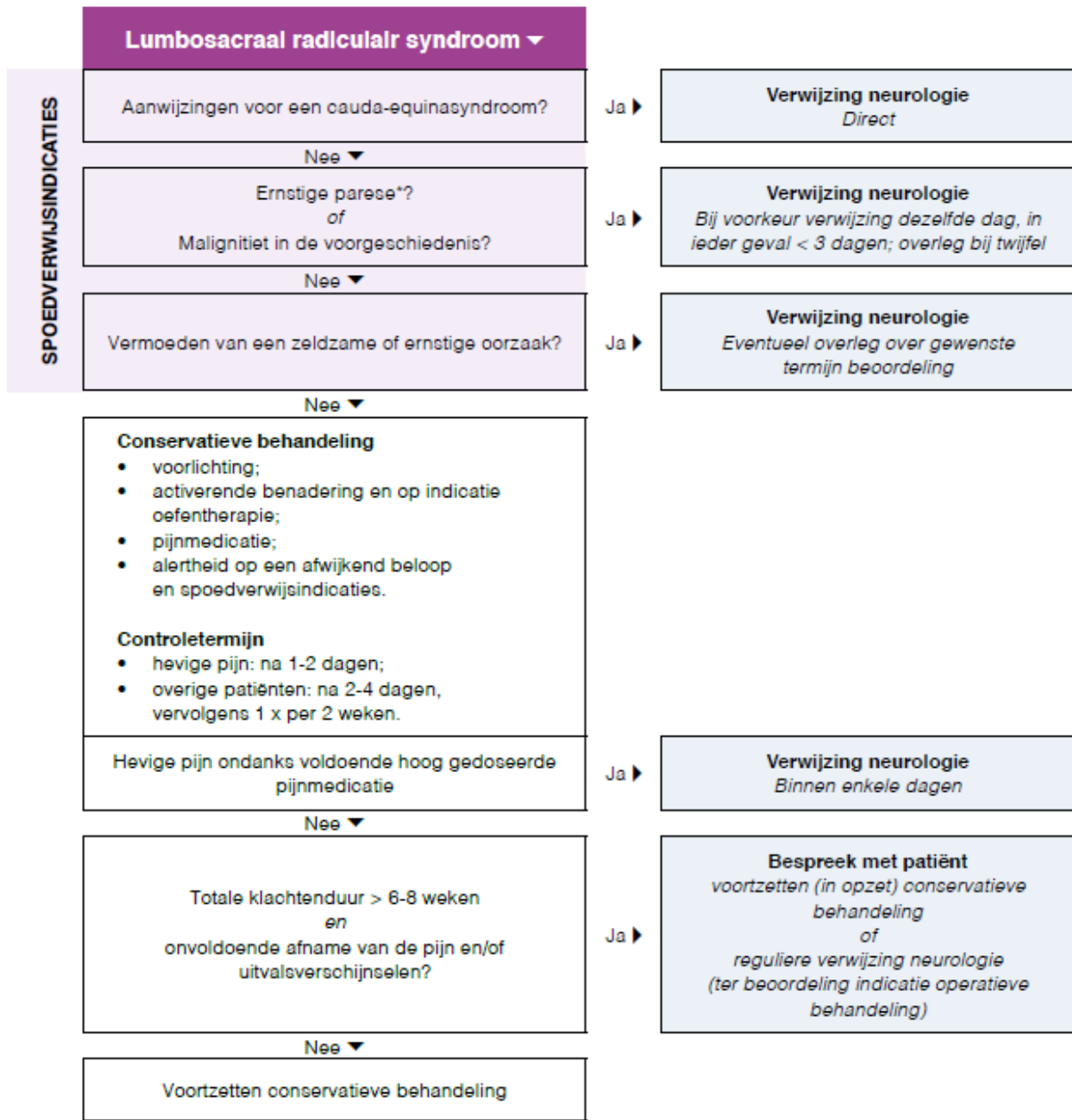
In alle gevallen krijgt de huisarts van de betreffende specialist(en) een (gezamenlijke) brief met de volgende informatie:

- De hulpvraag van de patiënt;
- De uitslag van het beeldvormend onderzoek (indien van toepassing);
- Een conclusie;
- Het behandelplan.

Gezamenlijke behandeling

Tot op heden is er in het project geen gezamenlijke behandeling (zoals anderhalve lijnszorg) voorzien .

Bijlage 1: stroomschema beleid bij een LRS



*Ernstige parese: beweging die geen weerstand overwint