

RICHTLIJN LAGE RUGPIJN EN LUMBOSACRAAL RADICULAIR SYNDROOM

Voor bedrijfsartsen & verzekeringsartsen

versie 2020



Colofon

© NVAB 2020

Uitgave NVAB

Kwaliteitsbureau NVAB

Postbus 2113
3500 GC Utrecht

T 030 2040620
E nvab@nvab-online.nl
W www.nvab-online.nl

Auteurs **Kerngroep**

Mw. dr. J.W.H. (Joan) Luites, *postdoctoraal onderzoeker richtlijnontwikkeling*, Amsterdam UMC
Dhr. dr. P.P.F.M. (Paul) Kuijer, *bewegingsspecialist werk*, Amsterdam UMC
Dhr. prof. dr. C.T.J. (Carel) Hulshof, *bijzonder hoogleraar Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde*, Amsterdam UMC, *bedrijfsarts, coördinator richtlijnen*, NVAB
Dhr. dr. R. (Rob) Kok, *verzekeringsarts*, NVVG
Mw. dr. M.W. (Miranda) Langendam, *GRADE-expert*, Amsterdam UMC
Mw. dr. T. (Teddy) Oosterhuis, *richtlijnmethodoloog*, NVAB
Dhr. dr. J.L. (Jan) Hoving, *principal investigator Arbeid en Gezondheid, projectleider*, Amsterdam UMC, KCVG

Projectgroep

Dhr. prof. dr. J.R. (Han) Anema, *bedrijfs- en verzekeringsarts*, Amsterdam UMC, KCVG
Mw. V.P. (Viona) Lapré-Utama, *verzekeringsarts/RGA*, GAV
Drs. C.P.J. (Cees) Everaert, *bedrijfsarts*, Arbo Unie Arnhem
Dhr. prof. dr. H. (Haije) Wind, *verzekeringsarts*, Amsterdam UMC, NVVG
Dhr. Prof. dr. R.J.E.M. (Rob) Smeets, *revalidatiearts*, Universiteit Maastricht, VRA
Mw. drs. Y. (Yvonne) van Zaanen, *bedrijfsfysiotherapeut*, Amsterdam UMC, NVBF
Dhr. drs. E.A. (Eric) Hoebink, *orthopedisch chirurg*, Amphia Breda
Dhr. L. (Leen) Voogt, *patiëntvertegenwoordiger*, NVvR
Mw. W. (Willemie) de Hoop, *arbeidsdeskundige*, NVvA
Dhr. dr. R.H. (Dolf) Boerman, *neuroloog*, Rijnstate ZKH, NVN

Ondersteuning Mw. drs. L.P. (Lyanne) Jansen, *projectmedewerker*, Amsterdam UMC

Coördinatie en eindredactie Mw. dr. J.W.H. (Joan) Luites, *postdoctoraal onderzoeker richtlijnontwikkeling*, Amsterdam UMC (AMC)

Datum autorisatie NVAB: 22-09-2020
NVVG: 20-07-2020
GAV: 18-08-2020



INHOUDSOPGAVE

4	INLEIDING
10	WERKWIJZE BIJ WERKENDEN MET LAGE RUGPIJN OF LRS
11	1 PREVENTIE
11	Werkgebonden risicofactoren
11	Persoonsgebonden risicofactoren
12	Risicogroepen
13	Adviezen aan de werkgever en de werkende ten aanzien van werk bij lage rugpijn en LRS
15	2 PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSE, BEPERKINGEN IN FUNCTIONEREN EN BEROEPSZIEKTE
15	Probleemoriëntatie en diagnose
17	Beperkingen in het functioneren vaststellen
17	Beroepsziekte
18	3 PROGNOSE
19	Prognose voor herstel van het dagelijks functioneren
19	Prognose voor arbeidsparticipatie
20	Risicogroepen en groepen met niet-beïnvloedbare prognostisch gunstige factoren
22	4 INTERVENTIES
22	Interventies gericht op behoud of herstel van het dagelijks functioneren bij lage rugpijn en/of LRS
24	Interventies gericht op arbeidsparticipatie bij lage rugpijn en/of LRS
25	Voorlichting en advies
26	Aanvullende interventies
27	Beleid bij operatieve interventie bij LRS
27	Pre-operatief beleid
27	Postoperatief beleid
28	5 EVALUATIE
28	Vaststellen van stagnatie in herstel van dagelijks functioneren en/of arbeidsparticipatie
29	Interventies gericht op opheffen stagnatie in arbeidsparticipatie
30	Toetsing re-integratie inspanningen bij WIA-aanvraag
30	Afstemming tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts
31	6 SAMENWERKEN
32	BIJLAGEN
33	1 Multidisciplinaire praktijkrichtlijn Tillen
36	2 Specifieke oorzaken lage rugpijn
37	3 Aandoeningen die gepaard kunnen gaan met een LRS
38	4 Klinische kenmerken van een LRS
39	5 Uitvoering testen LRS
40	6 Registratierichtlijn – D004 Beroepsgebonden Aspecifieke lage rugklachten
41	7 Registratierichtlijn – D023 Beroepsgebonden lumbosacraal radiculairsyndroom
42	8 STarT Back Screening Tool (Nederlandse vertaling)
43	9 Vijf stappenplan NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (2017)
45	10 Tijdcontingente aanpak
46	11 De zes stappen van de Participatieve Aanpak (PA) op de Werkplek
49	12 Afwegingen voortgezette conservatieve behandeling en operatieve behandeling bij LRS
50	13 Performance-indicatoren

INLEIDING

De richtlijn ‘Lage rugpijn en Lumbosacraal Radiculair Syndroom’ is ontwikkeld voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Met de integratie van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige kennis en aanbevelingen in één gezamenlijke richtlijn, wordt een gemeenschappelijk referentiekader gecreëerd voor begeleiding en beoordeling bij deze aandoeningen en wordt onderlinge afstemming gefaciliteerd.

AANLEIDING RICHTLIJN

De aanleiding voor deze richtlijn is:

- het besluit van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) om, samen met de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV), verouderde monodisciplinaire richtlijnen te vervangen door herziene gezamenlijke richtlijnen;
- het beschikbaar komen van gegevens uit nieuw onderzoek naar de relatie tussen lage rugpijn en/of lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) en werk, over risico- en prognostische factoren die van belang zijn voor arbeidsparticipatie (werkbehoud en werkhervatting), over de effectiviteit van preventie en interventies op arbeidsparticipatie en over het vaststellen van mogelijkheden en beperkingen;
- de vernieuwing van de normen en inzichten rondom het ontwikkelen van richtlijnen, waaronder het gebruik van de GRADE-methodiek bij zowel het graderen van de sterkte van het bewijs alsook het graderen en formuleren van aanbevelingen voor handelen van professionals.

Deze gezamenlijke richtlijn betekent een herziening en vervanging van:

- de NVAB-richtlijn ‘Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten’ (2006);
- het verzekeringsgeneeskundige protocol ‘Lumbosacraal radiculair syndroom’ (2007);
- het verzekeringsgeneeskundige protocol ‘Aspecifieke lage rugpijn’ (2008).

DOEL VAN DE RICHTLIJN

Het doel van deze vernieuwde richtlijn is adequate zorg voor de (potentieel) werkende¹ met lage rugpijn en/of LRS waarbij het werk in de zin van deelname aan het arbeidsproces, ofwel arbeidsparticipatie, centraal staat. Daarvoor zijn aanbevelingen opgesteld met als doel:

- het voorkómen van (recidivering van) lage rugpijn en/of LRS bij werkenden,
- het voorkómen dat werkenden met lage rugpijn en/of LRS uitvallen uit werk en
- het voorkómen dat werkenden met lage rugpijn en/of LRS die verzuimen (langdurig) arbeidsongeschikt blijven.

¹ Werkenden: mensen met betaald werk, zonder onderscheid naar type arbeidscontract (dus ook mensen zonder arbeidscontract, zoals ZZP-ers). De potentieel werkenden zijn degenen die niet werken maar wel kunnen werken of (waarschijnlijk) in de toekomst in staat zijn om te werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan werkzoekenden of mensen die na behandeling en/of herkeuring weer op zoek zijn naar (al dan niet betaald) werk.

Deze richtlijn is opgesteld voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen die betrokken zijn bij preventie, beoordeling, begeleiding en behandeling bij klachten en verzuim, en bij arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen, publiek dan wel privaat.

UITGANGSPUNTEN VAN DE RICHTLIJN

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn primair gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie. De aanbevelingen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op resultaten uit wetenschappelijk onderzoek om hiermee het handelen van de betrokken professional te laten aansluiten bij de nieuwste kennis en inzichten rondom preventie en behandeling van werkenden met lage rugpijn en/of LRS.

Bij het opstellen van de aanbevelingen voor risicofactoren, prognostische factoren en interventies en preventie is gebruik gemaakt van de GRADE-methodiek bij: 1) het graderen van de sterkte van het bewijs; 2) de overwegingen om te komen van bewijs naar aanbeveling, op basis van evidence en werkgroep consensus over voor- en nadelen, waarden en voorkeuren van patiënten, waarden en voorkeuren van professionals, kosten, haalbaarheid en aanvaardbaarheid; 3) de formulering van aanbevelingen, zowel voor risico- en prognostische factoren als voor preventie en interventies. Bij bewijs met een hoge of redelijke kwaliteit van een significant effect wordt in beginsel de formulering ‘adviseer’ gebruikt, bij bewijs met een lage of zeer lage kwaliteit is de formulering ‘overweeg’. Beide formuleringen kunnen op basis van andere argumenten (punt 2) zijn aangepast door de projectgroep.

De aanbevelingen waar GRADE niet is gebruikt, zijn naast wetenschappelijke bewijskracht opgesteld op basis van consensus na inbreng van ervaringen en kennis van experts.

De aanbevelingen zijn geïntegreerd voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, waarbij sommige aanbevelingen meer van toepassing zijn op bedrijfsartsen dan verzekeringsartsen en vice versa.

De aanbevelingen sluiten waar mogelijk aan bij richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en het Britse onafhankelijke National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Voor behandeling van lage rugpijn gericht op herstel van functioneren en pijnvermindering wordt verwezen naar de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (ALRP) (2017) en bij uitstraling in een bil/been ook naar de NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) (2015). De huidige richtlijn is dus complementair aan deze beide NHG-standaarden.

De aanbevelingen zijn opgesteld om communicatie met andere professionals te bevorderen, zoals bij de keuze voor de meetinstrumenten als de STaRT Back Screening Tool en de Quebec Back Pain Disability Scale, in navolging van het KNGF.

Bij deze richtlijn hoort een samenvatting en een achtergronddocument met de wetenschappelijke verantwoording, onderbouwing en overwegingen bij de aanbevelingen in de richtlijn.

BELANGRIJKSTE VERANDERINGEN IN VERGELIJKING MET DE VORIGE RICHTLIJN EDITIE

In vergelijking met 2006 editie van de NVAB-richtlijn en de verzekeringsgeneeskundige protocollen Lumbosacraal radiculair syndroom uit 2007 en Aspecifieke lage rugpijn uit 2008 zijn de belangrijkste wijzigingen:

- De richtlijn is voor bedrijfs- én verzekeringsartsen;
- Er wordt niet meer gesproken van aspecifieke rugklachten, maar van lage rugpijn;
- De sterkte van het bewijs van de evidence is beoordeeld met de GRADE-methodiek, alsook het graderen en formuleren van aanbevelingen voor handelen van professionals;
- De nadruk in deze richtlijn ligt op werkgerelateerde uitkomsten, zowel bij de risico- en prognostische factoren als bij de behandeling en preventie;
- Er wordt gebruik gemaakt van en/of aangesloten op het beleid van huisartsen beschreven in de NHG-Standaarden ALRP en LRS om parallelle werelden te voorkómen;
- Bij de behandeling van lage rugpijn en/of LRS is onderscheid gemaakt in interventies gericht op behoud en herstel van het dagelijks functioneren en interventies gericht op arbeidsparticipatie;
- Er worden geen aanbevelingen gedaan over de behandeling van andere specifieke lage rugklachten dan LRS;
- De paragraaf over samenwerken tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen en andere (para)medische professionals is toegevoegd.

BEGRIPSBEPALING

LAGE RUGPIJN

Lage rugpijn is een symptoom en is gelokaliseerd in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien.

Voor het overgrote deel van de patiënten is bij lage rugpijn (ca. 95%) geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar. De pijn kan gepaard gaan met stijfheid, spierspanning en uitstraling in één of beide benen en is vaak houdingsafhankelijk. De pijn kan continu aanwezig zijn of in episoden optreden.

In een klein aantal gevallen is lage rugpijn het gevolg van een specifieke afwijking of ziekte, zoals een carcinoom, infectie, ontsteking of fractuur. Deze diagnoses vallen buiten deze richtlijn.

LUMBOSACRAAL RADICULAIR SYNDROOM (LRS)

Bij een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) is er sprake van in de bil en/of het been uitstralende pijn, al of niet vergezeld van één of meerdere symptomen of verschijnselen die suggestief zijn voor een aandoening van een specifieke lumbosacrale zenuwwortel en gekenmerkt door spierzwakte, gevoelsstoornissen of andere afwijkingen bij neurologisch onderzoek. De meest voorkomende oorzaak van een LRS is compressie van de zenuwwortel door een lumbosacrale discushernia, een hernia nucleï pulposi (HNP).

Meer zeldzame oorzaken zijn wortelcompressie door een foraminale stenose, spondylolisthesis of hematoom. Ook een ontsteking van een zenuwwortel (radiculitis) kan leiden tot een LRS. Deze specifieke ziektebeelden vallen buiten het bestek van deze richtlijn.

CASE DEFINITIE

Lage rugpijn: bij rugpijn in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien indien een specifieke afwijking of ziekte onwaarschijnlijk is.

Lumbosacraal radiculair syndroom: als de patiënt volgens een dermatomaal patroon uitstralende pijn in één been heeft, eventueel in combinatie met een parese, sensibiliteitsstoornis en/of een verlaagde of afwezige reflex, herleidbaar tot één (soms twee) lumbosacrale zenuwwortel(s). Een positieve (gekruste) proef van Lasègue en/of een maximale vingervloerafstand > 25 cm maken de diagnose LRS meer waarschijnlijk. Een negatieve bevinding bij deze testen sluit de diagnose LRS niet uit. De klinische diagnose wortelcompressie door een HNP of stenose heeft een betrouwbaarheid van ongeveer 80% (MRI als gouden standaard, NVN conceptrichtlijn LRS). Bij pijn die uitstraalt naar de genitaalstreek, de laterale zijde van het bovenbeen of naar de lies, is er mogelijk sprake van compressie van de zenuwwortel L2, L3 of L4.

INHOUD VAN DE RICHTLIJN

De richtlijn biedt duidelijkheid over werkgebonden risicofactoren voor lage rugpijn en/of LRS en geeft aanbevelingen over preventie van (het risico op) lage rugpijn en/of LRS. Daarnaast zijn aanbevelingen gedefinieerd over diagnose en probleemstelling, het vaststellen van beperkingen in functioneren en van een beroepsziekte, over het beloop en prognostische factoren die een rol spelen bij arbeidsparticipatie en over interventies om verzuim en instroom in uitkeringen/ arbeidsongeschiktheidsregelingen te beperken.

In de richtlijn worden de volgende zes uitgangsvragen beantwoord:

Preventie

- 1 *Wat zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van lage rugpijn en LRS bij werkenden?*
- 2 *Welke primaire en secundaire preventie maatregelen in werk zijn effectief voor het voorkómen van lage rugpijn en LRS?*

Probleemoriëntatie en diagnose, beperkingen in functioneren en beroepsziekte

- 3 *Wat zijn betrouwbare, valide en responsieve instrumenten om functionele mogelijkheden voor werk te beoordelen bij patiënten met lage rugpijn en LRS?*

Prognose

- 4 *Wat zijn prognostische factoren (inclusief predictiemodellen) bij het verkrijgen van werk, terugkeer naar werk en werkbehoud (inclusief arbeidsongeschiktheid) bij patiënten met lage rugpijn?*

Interventies

- 5 *Wat is de effectiviteit van interventies ter bevordering van verkrijgen van werk, terugkeer naar werk of werkbehoud bij patiënten met lage rugpijn en LRS?*

Samenwerken

- 6 *Op welke manier en met welke zorgverleners moet de samenwerking met BA en VA worden ingericht in de zorg rondom werknemers met lage rugklachten en LRS?*

GEBRUIKERS VAN DE RICHTLIJN

Hoewel de aanbevelingen in deze richtlijn zijn bedoeld voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen zijn deze breder toepasbaar. Ook andere gezondheidszorg- en arboprofessionals kunnen in hun werk gebruik maken van de richtlijn, zoals huisartsen en fysiotherapeuten, adviseurs op het gebied van arbeid en gezondheid waaronder arbeids- en organisatie-deskundigen, arbeidshygiënist, arbo-adviseurs, arboverpleegkundigen, bedrijfsfysio- of -oefentherapeuten en ergonomen, als ook het management van organisaties waar mogelijk sprake is van risicovol werk voor (het ontwikkelen van) lage rugpijn en/of LRS van werkenden, en niet in de laatste plaats voor werkenden zelf.

VERANTWOORDING

Het ontwikkelen van deze richtlijn kon worden gerealiseerd dankzij financiële steun van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (Uvw, beleidsregels SUWI subsidies 2013). Als subsidieverstrekker heeft Uvw geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

PATIËNTEN-, WERKNEMERS- EN WERKGEVERS-PERSPECTIEF

In de projectgroep participeerde een vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging voor Rugpatiënten (NVvR) namens de patiënten. In de commentaarronde zijn vertegenwoordigers van patiënten, werknemers en werkgevers uitgenodigd om een reactie te geven. De ontvangen opmerkingen zijn verwerkt in de richtlijn.

PRAKTIJKTEST

De toepassing van de conceptrichtlijn is geëvalueerd in de praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen door middel van een praktijktest. In deze praktijktest werd naleving van de aanbevelingen in de richtlijn gemeten met behulp van performance indicatoren (Bijlage 13).

COMMENTAARFASE EN AUTORISATIE

De conceptteksten van de richtlijn en het achtergronddocument zijn ter becommentariëring voorgelegd aan de leden van de betrokken beroepsverenigingen NVAB, NVVG en GAV, aan experts op het gebied van lage rugpijn en/of LRS, evenals aan vertegenwoordigers van aanverwante beroepsorganisaties, patiënten-, werknemers- en werkgeversorganisaties. Van 24 professionals uit de betrokken beroepsgroepen is commentaar ontvangen en verwerkt, alsmede van negen experts en acht vertegenwoordigers van de andere organisaties.

De referenten van betrokken beroepsverenigingen: GAV: J. Pietersen en één anonieme medisch adviseur; NVAB: J. Bonnema, L.A.M. Elders, A.J. Gennissen, N. Hoogwout, M. de Klaver, T. Pahlplatz, W.P. Piebenga, J.W.M. van Rooijen, B. Sorgdrager, H. Thissen, A.W. Stegink, J. Toussaint, L. de Zeeuw, drie anonieme bedrijfsartsen; NVVG: C.N. van Amen, N. Baart, S. Kalk, A. Kol, K. Weerdesteijn en één anonieme verzekerings-geneeskundige.

De inhoudelijk experts: A. Bieleman (Saxion), P. Coenen (Amsterdam UMC), H. van der Molen (NCvB), I. Kingma (VU), A. Köke (Maastricht University), M. Reneman (UMCG), B. Staal (HAN), F. Schaafsma (Amsterdam UMC), B. Visser (HVA).

Vertegenwoordigers organisaties: A. Stadhouders (NOV/DSS), N. Swart (KNGF), A. Verburg (NHG), J. van der Zee (Patiëntenfederatie Nederland), C. van Donk en drie anonieme patiëntvertegenwoordigers (NVvR).

De richtlijn is geautoriseerd door de NVAB, NVVG en GAV. Naar aanleiding van deze processen zijn nog enkele aanpassingen doorgevoerd. De definitieve versie van de richtlijn, de samenvatting en het achtergronddocument zijn te downloaden via de websites van de betrokken beroepsverenigingen (www.nvab-online.nl, www.nvvg.nl, www.gav.nl).

JURIDISCHE BETEKENIS

Richtlijnen zijn op evidence en consensus gebaseerde aanbevelingen waaraan betreffende professionals moeten voldoen om kwalitatief goede advisering en zorg te verlenen. Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Professionals kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Dit kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Afwijken van aanbevelingen in de richtlijn dient uiteraard wel beargumenteerd en gedocumenteerd te worden (Hulshof 2009).

EVALUATIE EN ACTUALISERING

De beroepsverenigingen NVAB, NVVG en GAV hebben geen middelen gereserveerd voor de evaluatie noch voor de actualisatie van de richtlijn. De geldigheidsduur van deze richtlijn bedraagt vijf jaar. Aanbevolen wordt om vóór het verstrijken van deze periode een onderzoek te doen om de noodzaak tot herziening te bepalen (Hulshof 2019). De beroepsverenigingen NVAB, NVVG en GAV zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de initiërende activiteiten ten behoeve van een actualiseringstraject.

WERKWIJZE BIJ WERKENDEN MET LAGE RUGPIJN OF LRS

PREVENTIE

- ▶ **OVERWEEG INVENTARISATIE RISICO FACTOREN (RF)**
 - Gebruik de lijst Risicofactoren voor lage rugpijn (LRP) of lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) bij werkenden
 - Gebruik de richtlijn 'Tillen' om het risico door tillen te schatten
 - Gebruik de richtlijn 'Lichaamstrillingen' om het risico door lichaamstrillingen te schatten
- ▶ **ADVISEER PREVENTIEVE MAATREGELEN**
 - Maak zo nodig gebruik van de effectieve maatregelen uit de richtlijnen 'Tillen' en 'Lichaamstrillingen'
 - Adviseer oefeningen op maat, evt. o.l.v. fysio-/oefentherapeut: *Spier(duur)kracht, rek oefeningen, balans- en functionele coördinatie training en/of cardio training*
 - Bij voorkeur in combinatie met voorlichting over: *Anatomie van de rug, biomechanica, pathologie en pijnmechanisme*

DIAGNOSE & PROBLEEMSTELLING

- ▶ **INVENTARISEER ANDERE BEHANDELINGEN/BEHANDELAARS**
- ▶ **VOER ANAMNESE EN LICHAAMELIJK ONDERZOEK UIT**
 - Volg de NHG-Standaarden ARLP en LRS

BEPERKINGEN IN FUNCTIONEREN

- ▶ **BEORDEEL FYSIEKE MOGELIJKHEDEN VOOR WERK**
- ▶ **OVERWEEG HET GEBRUIK VAN AANVULLENDE INSTRUMENTEN**
 - In onduidelijke, complexe situaties, bij stagnatie of zwaar rugbelastend werk:
 - Vragenlijst, bij voorkeur **Quebec**, **Oswestry** of **Roland Morris**
 - Performance test, bijvoorbeeld Functionele Capaciteit Evaluatie

BEROEPSZIEKTEN

- ▶ **BEORDEEL MET HET ZES STAPPENPLAN VAN HET NCVB OF ER SPRAKE IS VAN EEN BEROEPSZIEKTE BIJ LRP EN LRS**
- ▶ **MELD EEN BEROEPSZIEKTE BIJ HET NCVB**

PROGNOSE

- ▶ **INVENTARISEER PROGNOSTISCHE FACTOREN (PF)**
 - Gebruik de lijst Prognostische Factoren voor LRP of LRS bij werkenden
 - Overweeg gebruik lijst **herstelbelemmerende factoren** (NHG-ALRP)
 - Overweeg opstellen risicoprofiel met de **StarTBack Screening Tool**
- ▶ **ADVISEER MAATREGELEN OM PF TE VERMINDEREN**
 - Verwijs naar interventies die aansluiten op aanwezige prognostische factoren (zie INTERVENTIES ARBEIDSPARTICIPATIE)

EVALUATIE

- ▶ **STEL STAGNATIE VAST**
 - Hoe lang is werkende bezig met herstel?
 - Past dit bij het beloop van LRP of LRS?
 - Welke werkzaamheden vervult werkende?
 - Zijn behandeling en herstelgedrag adequaat zijn?
- ▶ **ADVISEER INTERVENTIES OM STAGNATIE OP TE HEFFEN**
 - Zijn behandelingen en therapietrouw adequaat?
 - Stagnatie door persoonlijke, werkgebonden of omgevingsfactoren?
 - Heroverweging behandeling(en) / - begeleidingsplan / - actieplan
 - Zijn er bevorderende factoren?
 - Documenteer acties
- ▶ **TOETSING RE-INTEGRATIE INSPANNINGEN WIA-AANVRAAG**
 - Beoordeel stagnatie en opheffing daarvan:
 - Was behandeling adequaat?
 - Hoe was herstelgedrag?
 - Zijn belemmerende factoren weggenomen?

INTERVENTIES DAGELIJKS FUNCTIONEREN

- ▶ **VOLG DE VIJF STAPPEN VAN HET BEHANDELBELEID VAN DE NHG-STANDAARDEN ALRP EN LRS**
 - Stap 1 Voorlichting en advies
 - Stap 2 Opbouw van dagelijkse activiteiten (3-4 weken)
 - Stap 3 Oefentherapie (6 weken)
 - Stap 4 Gedragmatige behandeling (12 weken)
 - Stap 5 Multidisciplinaire revalidatie (>12 weken)

INTERVENTIES ARBEIDSPARTICIPATIE

- ▶ **OVERWEEG INVENTARISATIE RISICO-/PROGNOSTISCHE FACTOREN**
- ▶ **ADVISEER OVER MAATREGELEN-OP-MAAT OM BLOOTSTELLING AAN RF/PF TE VERMINDEREN (ZIE PREVENTIE/PROGNOSE)**

1 VOORLICHTING EN ADVIES BIJ KLACHTEN

- ▶ **ADVISEER WERKNEMER EN WERKGEVER**
 - Leg uit dat actief blijven pijn en beperkingen het best vermindert
 - Adviseer te blijven werken of het werk te hervatten ondanks pijn
 - Verminder werkbelasting in het geval van risico- of prognostische factoren
 - Pas, indien noodzakelijk, de werkbelasting aan:
 - 1) Intensiteit/zwaarte 2) Taken of 3) Duur
 - Informeer over de aard van de aandoening, nut van beeldvormende diagnostiek en effectiviteit van behandelingen

2 VOORLICHTING EN ADVIES BIJ ZIEKTEVERZUIM

- ▶ **ADVISEER WERKNEMER EN LEIDINGGEVENDE MBT ACTIEPLAN**
 - Inventariseer over barrières voor werkparticipatie
 - Pas het werk of de werkplek aan: 1) Intensiteit 2) Taken 3) Duur
 - Consulteer experts op het gebied van arbeid en gezondheid als ze aanwezig zijn in het bedrijf of in complexe situaties
 - Overweeg het gebruik van de **Leidraad Participatieve Aanpak**
- ▶ **ADVISEER OVER WERKPARTICIPATIE**
 - Voor hoeveel uur per dag/week en voor welke taken

3 AANVULLENDE BEHANDELINGEN NA 6 WKN KLACHTEN

- ▶ **OVERWEEG TIJDCONTINGENTE FYSIO-/OEFENTHERAPIE**
 - Bij fysieke werk-/persoonsgebonden prognostische factoren
- ▶ **OVERWEEG EEN WERKGERICHT FYSIEK PROGRAMMA**
 - Bij fysieke werkgebonden risicofactoren
 - Bij onvoldoende effect van oefentherapie
- ▶ **OVERWEEG GEDRAGSMATIGE BEHANDELING**
 - Bij psychosociale prognostische factoren
 - Bij een hoog risicoprofiel op de **StarTBack Screening Tool**
 - Bij onvoldoende effect van oefentherapie
- ▶ **OVERWEEG EEN COMBI VAN DEZE BEHANDELINGEN**

4 AANVULLENDE BEHANDELINGEN NA 12 WKN KLACHTEN

- ▶ **OVERWEEG MULTI- OR INTERDISCIPLINAIRE REVALIDATIE**
 - Bij voorkeur arbeidsrevalidatie
 - Bij onderhoudende psychosociale prognostische factoren

SAMENWERKING

- ▶ **VOLG DE AFSPRAKEN UIT DE LEIDRAAD VERWIJZEN DOOR DE BEDRIJFSARTS**
 - Volg de basisregels, de 4 stappen en gebruik de hulpmiddelen
 - Check ook de **Leidraad Participatieve Aanpak**
- ▶ **ZORG VOOR GOEDE AFSTEMMING MET ANDERE PROFESSIONALS**
 - Communiceer bij verschil van mening over diagnostiek, probleemoriëntatie en behandeling

1 PREVENTIE

Het herkennen van werk- en persoonsgebonden risicofactoren voor het ontwikkelen van lage rugpijn en/of LRS biedt aangrijpingspunten voor preventieve maatregelen. Deze interventies zijn gericht op het voorkómen dat lage rugpijn en/of LRS ontstaat door het werk.

Een overzicht van zowel werkgebonden als persoonsgebonden risicofactoren bij werkenden voor het ontstaan van lage rugpijn en/of LRS, vindt u in de tabellen 1 en 2.

WERKGEBONDEN RISICOFACTOREN

Een inventarisatie van de beïnvloedbare werkgebonden risicofactoren biedt mogelijkheden om de werkgever en de werkenden gericht te adviseren over preventieve maatregelen ten aanzien van werk.

- ▶ Overweeg een inventarisatie van beïnvloedbare werkgebonden risicofactoren die een relatie hebben met het ontwikkelen van lage rugpijn en/of LRS bij werkenden (tabellen 1 en 2).
- ▶ Stel vast of de relevante risicofactoren ook onderdeel zijn van de Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E).

PERSOONSGEBONDEN RISICOFACTOREN

Een inventarisatie van de beïnvloedbare persoonsgebonden risicofactoren biedt ook mogelijkheden om de werkgever en de werkenden gericht te adviseren over preventie van lage rugpijn en/of LRS in een arbeidssituatie.

- ▶ Overweeg een inventarisatie van de beïnvloedbare persoonsgebonden risicofactoren die een relatie hebben met het ontwikkelen van lage rugpijn en/of LRS bij werkenden (tabellen 1 en 2).

RISICOGROEPEN

Kennis van de niet-beïnvloedbare risicofactoren geeft aanvullend inzicht in mogelijke risicogroepen onder werkenden ten aanzien van lage rugpijn en/of LRS.

- ▶ Wees bewust van een mogelijk verhoogd risico op lage rugpijn bij werkende (tabel 1):
 - vrouwen jonger dan 45 jaar;
 - met eerdere episoden van lage rugpijn.
- ▶ Wees bewust van een mogelijk verhoogd risico op LRS bij werkende (tabel 2):
 - ouder dan 60 jaar;
 - langer dan 1,80 (m);
 - met eerdere episoden van lage rugpijn.

Tabel 1 Risicofactoren voor lage rugpijn bij werkenden

BEÏNVLOEDBARE WERKGEBONDEN RISICOFACTOREN	
Fysiek	<ul style="list-style-type: none"> • een gebogen werkhouding (>45-60° gedurende >5% werktijd) • tillen (>25 kg of repeterend 3-25 kg) • blootstaan aan lichaamstrillingen (>1u/d werken op trillende voer- of (lucht)vaartuigen) • werken met voor/achterovergebogen romp • trekken (>25 kg), knielen (>15 min), staan (>30 min/u) • met de handen boven schouderhoogte werken (>15 min)
Psychosociaal	<ul style="list-style-type: none"> • monotoon werk • weinig veiligheid op de werkvloer • weinig sociale steun van collega's of leidinggevende • veel werkstress • weinig ondersteuning door leidinggevende • veeleisend werk • weinig controle over het werk
BEÏNVLOEDBARE PERSOONSGEBONDEN RISICOFACTOREN	
Fysiek	<ul style="list-style-type: none"> • geen factoren gevonden in de literatuur
Psychosociaal	<ul style="list-style-type: none"> • depressie, mentale stress • ontevredenheid • psychosomatische factoren
Leefstijl	<ul style="list-style-type: none"> • roken • obesitas (BMI>30)
RISICOGROEPEN (NIET-BEÏNVLOEDBARE RISICOFACTOREN)	
Persoonlijk	<ul style="list-style-type: none"> • leeftijd (<45 jaar) bij vrouwen • eerdere episode(s) van lage rugpijn

Tabel 2 Risicofactoren voor LRS bij werkenden

BEÏNVLOEDBARE WERKGEBONDEN RISICOFACTOREN	
Fysiek	<ul style="list-style-type: none"> • tillen én buigen van de romp • fysiek zwaar werk of handmatig werk (>2u p/d) • knielend werk (>1u p/d) • een gebogen werkhouding • buigen/draaien van de romp • blootstaan aan lichaamstrillingen (>1u/d werken op trillende voer- of (lucht)vaartuigen) • tillen en dragen • met de handen boven schouderhoogte werken (>1u p/d)
Psychosociaal	<ul style="list-style-type: none"> • geen factoren gevonden in de literatuur
BEÏNVLOEDBARE PERSOONSGEBONDEN RISICOFACTOREN	
Fysiek	<ul style="list-style-type: none"> • geen factoren gevonden in de literatuur
Psychosociaal	<ul style="list-style-type: none"> • geen factoren gevonden in de literatuur
Leefstijl	<ul style="list-style-type: none"> • roken • overgewicht (BMI 25-29.9) en obesitas (BMI>30)
RISICOGROEPEN (NIET-BEÏNVLOEDBARE RISICOFACTOREN)	
Persoonlijk	<ul style="list-style-type: none"> • leeftijd (>60 jaar) • lichaamslengte (>1,80 m) • eerdere episode(s) van lage rugpijn

ADVIEZEN AAN DE WERKGEVER EN DE WERKENDE TEN AANZIEN VAN WERK BIJ LAGE RUGPIJN EN LRS

De volgende aanbevelingen zijn gebaseerd op effectieve preventieve interventies bij lage rugpijn/LRS.

- Evalueer met behulp van de **Multidisciplinaire richtlijn Vermindering van tilbelasting om werkgerelateerde rugklachten te voorkomen** of tillen een probleem is:
 - Voer een risicobeoordeling uit (**Bijlage 1 Stap 1**):
 - Objecten van minder dan 3 kg vormen geen tilrisico;
 - Objecten zwaarder dan 25 kg zijn altijd een risico;
 - Maak voor de beoordeling van objecten tussen 3-25 kg gebruik van een rekenhulpmiddel (**Bijlage 1 Stap 2**):
 - de Manual handling Assessment Charts (**MAC**) tool voor een snelle en simpele beoordeling;
 - de National Institute for Occupational Health and Safety (**NIOSH**) formule voor een meer gedetailleerde beoordeling.
- Maak zo nodig gebruik van de bewezen effectieve maatregelen uit de richtlijn om de tilbelasting te verminderen (**Bijlage 1 Stap 3**):
 - Verminder handmatig tillen;
 - Verbeter tilsituaties;
 - Neem organisatorische maatregelen;
 - Raad het toepassen van de volgende preventieve tilmaatregelen af.

- ▶ Evalueer met behulp van de [Multidisciplinaire richtlijn Vermindering van blootstelling aan lichaamstrillingen om rugklachten te voorkómen](#) of lichaamstrillingen een probleem zijn:
 - Beoordeel de trillingssituatie als de dagelijkse blootstelling aan lichaamstrillingen door werk op trillende voer- of (lucht)vaartuigen > 1 uur / werkdag is.
 - Maak zo nodig gebruik van de adviezen voor werkplekgerichte interventie en werknemergerichte maatregelen uit de richtlijn om de trillingsblootstelling te verminderen.

- ▶ Adviseer voor de preventie van lage rugklachten, oefeningen op maat, eventueel onder begeleiding van een professional zoals een (bedrijfs)fysio- of oefentherapeut:
 - Spierkracht- en spierduurkrachtoefeningen van buik-, been- en rugspieren;
 - Rekoefeningen van rug-, heup- en beenspieren;
 - Balansoefeningen en functionele coördinatie-training;
 - Cardiotraining.Bij voorkeur in combinatie met voorlichting over:
 - Anatomie van de rug;
 - Biomechanische/ergonomische principes;
 - Pathologie;
 - Pijn mechanismen.

2 PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSE, BEPERKINGEN IN FUNCTIONEREN EN BEROEPSZIEKTE

PROBLEEMORIËNTATIE EN DIAGNOSE

De bedrijfsarts/verzekeringsarts voert een probleem-georiënteerd onderzoek uit om klachten en problemen te inventariseren. De bevindingen vormen samen met de uitkomsten van de inventarisatie van de risicofactoren (hoofdstuk 1) en de prognostische factoren (hoofdstuk 3) de leidraad om gerichte interventies (hoofdstuk 4) te kunnen overwegen of adviseren.

- ▶ Inventariseer welke onderzoeken door de huisarts en andere behandelaars zijn uitgevoerd, welke diagnoses zijn gesteld en welke adviezen de werkende heeft ontvangen voor herstel van dagelijks functioneren en werkparticipatie.
- ▶ Inventariseer met behulp van anamnese en lichamelijk onderzoek de ernst van de pijn, het ziektegedrag en de beperkingen in fysiek functioneren en de dagelijkse werkzaamheden:
 - om de klachten en problemen te inventariseren;
 - om een specifieke oorzaak van de pijn uit te sluiten;
 - om onderscheid te maken in pijn zonder uitstraling (lage rugpijn) of pijn met uitstraling (LRS);

De anamnese en het lichamelijk onderzoek bij lage rugpijn zijn afkomstig uit de paragraaf 'richtlijnen diagnostiek' van de [NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn \(2017\)](#) en bij uitstraling in een been ook van de [NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom \(2015\)](#). De hoofdlijnen zijn hieronder opgenomen, de details staan in het [tekstkader \(pagina 16\)](#) en in de bijbehorende bijlagen. Afhankelijk van de klachten van de patiënt en de differentieel-diagnostische overwegingen zijn de anamnese en het lichamelijk onderzoek meer of minder uitgebreid.

- ▶ Neem een anamnese af.
- ▶ Voer lichamelijk onderzoek uit:
 - Onderzoek de patiënt om een indruk te krijgen van:
 - de mate van bewegingsbeperking;
 - de ernst van de klachten;
 - de pijnlokatie;
 - ernstige houdingsafwijkingen.
 - Voer bij vermoeden van een LRS óók een gericht neurologisch onderzoek uit om:
 - eventuele uitvalsverschijnselen en zenuwwortelprikkeling te documenteren;
 - een indruk te krijgen van de ernst van de pijn en de ervaren hinder.
- ▶ Overleg met de huisarts over verwijzing naar de neuroloog voor aanvullende beeldvormende diagnostiek (CT of MRI):
 - bij aanwijzingen voor een ernstige oorzaak van het LRS,
 - bij vermoeden van een cauda equinasyndroom (spoedverwijzing) en/of
 - indien de patiënt mogelijk in aanmerking komt voor een operatieve behandeling.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK NHG-STANDAARD ASPECIFIEKE LAGERUGPIJN (2017) EN LUMBOSACRAAL RADICULAIR SYNDROOM (2015)

ANAMNESE

- ▶ Vraag bij *lage rugpijn* naar:
 - duur, wijze van ontstaan en beloop van de klachten;
 - lokalisatie, uitstraling, aard en intensiteit van de pijn;
 - invloed van rust, beweging en houding op de klachten;
 - een maligniteit in de voorgeschiedenis;
 - recente ingreep aan de lumbale wervelkolom (zoals operatie, lumbaalpunctie of epidurale steroïdinjectie);
 - de mate van belemmering in het dagelijks functioneren op het werk (bijvoorbeeld verzuim of productiviteitsverlies), thuis en in de vrije tijd;
 - eerdere episodes met lage rugpijn, het beloop en de behandeling;
 - zelfzorg en behandeling tot nu toe;
 - de ideeën die bij de patiënt leven over het ontstaan en voortbestaan van de klachten;
 - zorgen, ongerustheid, specifieke vragen en verwachtingen van de patiënt.

- ▶ Vraag bij uitstraling in een been en het vermoeden van een LRS óók naar:
 - de ernst van de pijn in het been in verhouding tot de ernst van de eventuele pijn in de rug; de intensiteit van de pijn kan worden gemeten met behulp van een pijnschaal, zoals de VAS of NRS (zie de [NHG Standaard Pijn 2018](#));
 - sensibiliteitsstoornissen;
 - invloed van drukverhogende momenten als hoesten, niezen en persen op de pijn in het been;
 - eerdere LRS-episodes, hun beloop en behandeling;

- ▶ Vraag ook naar klachten die op een ernstige oorzaak van de rugpijn (zie [tabel 1 in Bijlage 2](#)) of een LRS (zie [tabel 3 in Bijlage 3](#)) kunnen wijzen bij:
 - hevige pijn;
 - een maligniteit in de voorgeschiedenis en/of
 - een recente ingreep aan de wervelkolom.

- ▶ Vraag naar klachten die kunnen wijzen op een ernstig beloop van een LRS:
 - krachtverlies;
 - mictiestoornissen (incontinentie of retentie);
 - sensibiliteitsstoornis in het rijbroekgebied.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

- Motoriek: extensie van de grote teen en de knie (met en zonder weerstand) en het op de tenen en op de hakken lopen (let op links-rechtsverschillen);
- Reflexen: achillespees, kniepeesreflex (let op links-rechtsverschillen);
- Sensibiliteit: van de verschillende dermatomen van het been (let op links-rechtsverschillen) ([Bijlage 4](#));
- Omgekeerde proef van Lasègue (optioneel, alleen bij verdenking op een hoog lumbaal radiculair syndroom), proef van Lasègue en de gekruiste proef van Lasègue en/of maximale vingervloerafstand bij vooroverbuigen ([Bijlage 5](#)).

BEPERKINGEN IN HET FUNCTIONEREN VASTSTELLEN

Bij werkenden met lage rugpijn en/of LRS kunnen op diverse gebieden van het functioneren beperkingen optreden.

- ▶ Beoordeel de functionele fysieke mogelijkheden voor werk, zoals dynamische handelingen als tillen en frequent buigen of statische houdingen als (langdurig) staan of knielen, op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek, risicofactoren, prognostische factoren, relevante informatie uit het medisch dossier, eventueel aangevuld met informatie van de behandelende sector.
- ▶ Overweeg het gebruik van de aanvullende meetinstrumenten (in onderstaand kader), om beperkingen in het functioneren vast te stellen in de volgende omstandigheden:
 - in onduidelijke situaties, zoals een onduidelijk medisch beeld of discrepantie tussen door de werkende gerapporteerde gegevens en bevindingen van de arts;
 - in complexe situaties waarbij van het oordeel veel afhangt, bijvoorbeeld langdurig verzuim, ander werk, of financiële compensatie;
 - bij stagnatie van herstel;
 - bij zwaar rugbelastend werk.

Mogelijke aanvullende meetinstrumenten:

- Een door de werkende zelf ingevulde vragenlijst:
 - [Quebec Back Pain Disability Scale](#) of
 - [Oswestry Disability Index](#) of
 - [Roland Morris Disability Questionnaire](#).
- Een performance test zoals een Functionele Capaciteit Evaluatie, die aansluit bij de werkende en zijn werk.

Maak eventueel gebruik van eerder in het traject ingevulde vragenlijsten of uitgevoerde performance testen.

BEROEPSZIEKTE

Er is sprake van een beroepsziekte als de lage rugpijn of LRS het gevolg is van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden.

- ▶ Beoordeel of er sprake is van een beroepsziekte met behulp van het [zes stappenplan](#) en de beroepsziekte registratierichtlijnen van het [Nederlands Centrum voor Beroepsziekten](#) (NCvB):
 - Registratierichtlijn D004 - Aspecifieke lage rugklachten ([Bijlage 6](#));
 - Registratierichtlijn D023 - Lumbosacraal radiculair syndroom ([Bijlage 7](#)).
- ▶ Meld een beroepsziekte bij het [NCvB](#).

3 PROGNOSE

Het beoordelen van en advies geven over de prognose behoort tot het werk van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts. Het stellen van de prognose is één van de vier beoordelingstaken van de verzekeringsarts (Gezondheidsraad 2006). Ook voor de bedrijfsarts is inzicht in de prognose van belang omdat de aard en inhoud van de sociaal-medische begeleiding hier in belangrijke mate door wordt bepaald. In deze richtlijn wordt onderscheid gemaakt in prognostische factoren voor herstel van dagelijks functioneren en voor arbeidsparticipatie.

BELOOP KLACHTENDUUR LAGE RUGPIJN

Voor de meerderheid in een algemene populatie is het beloop van lage rugpijn gunstig, 50% is na een week hersteld en 95% binnen 3 maanden.

Nederlandse patiënten met rugpijn die de huisarts bezoeken hebben een langere klachtenduur: na 4 weken is circa 20% klachtenvrij en na 3 maanden circa 30-35%.

Een deel van de patiënten ontwikkelt in meer of mindere mate chronische klachten (duur > 12 weken). De cijfers voor aanhoudende pijnklachten na 6 maanden variëren sterk: tussen de 20% en 57%. Meer dan 50% maakt in het jaar volgend op een eerdere episode een recidief door.

BELOOP KLACHTENDUUR LRS

In de algemene populatie herstelt 60-80% van de patiënten met LRS binnen 6 tot 12 weken grotendeels spontaan zonder operatie, waarbij het beloop van een LRS met en zonder wortelcompressie identiek is. In minder dan 10% van de patiënten blijven de klachten tijdens een langdurig beloop in wisselende mate aanwezig. Een operatie vindt naar schatting bij 5-15% van de LRS patiënten plaats. Restverschijnselen zoals parese, reflexverschillen en sensibele stoornissen kunnen aanwezig blijven, ook na een operatie. Daarnaast heeft 4-20% van alle patiënten last van recidiefklachten.

BELOOP VERZUIM

Ca 10% van de werkenden met lage rugpijn verzuimt van zijn werk,

Van alle verzuimers met lage rugklachten, zowel lage rugpijn als LRS, hervat 50% het werk binnen 1 week, na een maand is dat 80%, oplopend tot 92% na 3 maanden en 97% na 9 maanden. Na 2 jaar verzuimt nog 2%.

Van alle lopende WIA uitkeringen (december 2019) wordt 1,3% toegekend vanwege de diagnose lage rugpijn en 2,6% vanwege LRS.

PROGNOSE VOOR HERSTEL VAN HET DAGELIJKS FUNCTIONEREN

- ▶ Overweeg een inventarisatie van prognostische factoren, die herstel van het dagelijks functioneren kunnen beïnvloeden. Maak hiervoor eventueel gebruik van één of beide onderstaande instrumenten:
 - De lijst met herstelbelemmerende psychische en sociale factoren uit de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (zie onderstaand tekstkader)
 - De STarT Back Screening Tool (SBST), een korte vragenlijst met 9 items waarmee op basis van psychosociale factoren die herstel en arbeidsparticipatie belemmeren, een risicoprofiel kan worden vastgesteld (Bijlage 8).

HERSTELBELEMMERENDE FACTOREN UIT DE NHG-STANDAARD ASPECIFIEKE LAGERUGPIJN (2017)

- in toenemende mate ervaren van functionele beperkingen;
- andere lichamelijke klachten;
- angst voor pijn en letsel bij bewegen;
- vermijden van belasting of beweging, of ander vermijdingsgedrag;
- gevoelens van hulpeloosheid, machteloosheid ('ik kan niets', 'ik kan er niets aan doen');
- fixatie op een mogelijk ernstige lichamelijke afwijking als verklaring van de klachten;
- vragen om meer en specialistisch onderzoek;
- veelvuldige behandelingen zonder effect of met veel neveneffecten;
- ongerustheid over het beloop;
- werkverzuim of werkloosheid;
- lage werktevredenheid;
- psychische stress, angststoornis of depressie.

PROGNOSE VOOR ARBEIDSPARTICIPATIE

- ▶ Inventariseer de prognostische factoren, die arbeidsparticipatie bij lage rugpijn (tabel 3) en LRS (tabel 4) negatief kunnen beïnvloeden
- ▶ Inventariseer de prognostische factoren die arbeidsparticipatie bij lage rugpijn (tabel 3) en LRS (tabel 4) positief kunnen beïnvloeden.

RISICOGROEPEN EN GROEPEN MET NIET-BEÏNVLOEDBARE PROGNOSTISCH GUNSTIGE FACTOREN

Kennis van de niet-beïnvloedbare prognostische factoren voor herstel van arbeidsparticipatie geeft aanvullend inzicht over mogelijke groepen met een slechtere of betere prognose onder werkenden met lage rugpijn en/of LRS.

- ▶ Wees bewust van de prognoses van bepaalde groepen werkenden ten aanzien van arbeidsparticipatie.
 - Risicogroepen met een mogelijk slechtere prognose:
 - mannen met lage rugpijn (tabel 3);
 - ouderen met lage rugpijn (tabel 3);
 - ouderen met LRS na een operatie (tabel 4)
 - Groepen werkenden met een mogelijk gunstige prognose:
 - met lage rugpijn en een hogere sociaaleconomische status, denk aan hogere opleiding of hoger inkomen (tabel 3);
 - met LRS na conservatieve - of operatieve behandeling en een jongere leeftijd (tabel 4).

Aanbevelingen over factoren die de prognose in negatieve/positieve zin beïnvloeden:

- ▶ Zorg voor adequate begeleiding en verwijzing rekening houdend met de door u vastgestelde beïnvloedbare prognostische factoren, zoals beschreven in [hoofdstuk 4 Interventies](#), en overleg hierover zo nodig met de behandelaar.
- ▶ Houd bij de beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsgeschiktheid rekening met deze prognostische factoren.

Tabel 3 Prognostische factoren die arbeidsparticipatie bij lage rugpijn kunnen beïnvloeden

BEÏNVLOEDBARE WERKGEBONDEN PROGNOSTISCHE FACTOREN VOOR ARBEIDSPARTICIPATIE BIJ LAGE RUGPIJN		
	Negatieve invloed	Positieve invloed
Fysiek	<ul style="list-style-type: none"> • hoge constante fysieke rugbelasting tijdens werk 	<ul style="list-style-type: none"> • lage fysieke eisen
Psychosociaal	<ul style="list-style-type: none"> • geen factoren gevonden in de literatuur 	<ul style="list-style-type: none"> • geen factoren gevonden in de literatuur
BEÏNVLOEDBARE PERSOONS-GEBONDEN PROGNOSTISCHE FACTOREN VOOR ARBEIDSPARTICIPATIE BIJ LAGE RUGPIJN		
Fysiek	<ul style="list-style-type: none"> • hoge pijnintensiteit • weinig verbetering van functionele beperkingen • hoge fysieke belasting in de privé situatie 	<ul style="list-style-type: none"> • lage pijnintensiteit • betere algemene gezondheid • goede cardiovasculaire conditie • verbeterde rompflexibiliteit na training • vermindering van functionele beperkingen
Psychosociaal	<ul style="list-style-type: none"> • lage herstelverwachting • pijn catastroferen • inadequate coping • angst voor beweging • weinig grip op pijn 	<ul style="list-style-type: none"> • geen factoren gevonden in de literatuur
NIET-BEÏNVLOEDBARE PROGNOSTISCHE FACTOREN VOOR ARBEIDSPARTICIPATIE BIJ LAGE RUGPIJN		
	Risicogroepen met ongunstige prognose	Groepen met gunstige prognose
Persoonlijk	<ul style="list-style-type: none"> • mannelijk geslacht • hogere leeftijd 	<ul style="list-style-type: none"> • hogere sociaal economische status

Tabel 4 Prognostische factoren die arbeidsparticipatie bij LRS kunnen beïnvloeden

BEÏNVLOEDBARE WERKGEBONDEN PROGNOSTISCHE FACTOREN VOOR ARBEIDSPARTICIPATIE BIJ LRS		
	Negatieve invloed	Positieve invloed
Fysiek	<ul style="list-style-type: none"> • hoge fysieke belasting² 	<ul style="list-style-type: none"> • geen factoren gevonden in de literatuur
BEÏNVLOEDBARE PERSOONS-GEBONDEN PROGNOSTISCHE FACTOREN VOOR ARBEIDSPARTICIPATIE BIJ LRS		
Fysiek	<ul style="list-style-type: none"> • geen factoren gevonden in de literatuur 	<ul style="list-style-type: none"> • lagere rugpijn intensiteit³ • negatieve SLR-test³ • minder beperking door LRS³ • betere fysieke functie³
Psychosociaal	<ul style="list-style-type: none"> • meer angst voor beweging² 	<ul style="list-style-type: none"> • minder angst voor beweging³
NIET-BEÏNVLOEDBARE PROGNOSTISCHE FACTOREN VOOR ARBEIDSPARTICIPATIE BIJ LRS		
	Risicogroepen met ongunstige prognose	Groepen met gunstige prognose
Persoonlijk	<ul style="list-style-type: none"> • oudere leeftijd² 	<ul style="list-style-type: none"> • jongere leeftijd^{2,3}

2 Factoren gevonden in een chirurgische populatie.

3 Factoren gevonden in een gemengde populatie, zowel chirurgisch als conservatief behandeld.

4 INTERVENTIES

*De richtlijn beschrijft effectieve interventies voor **arbeidsparticipatie** bij werkenden met lage rugpijn en/of LRS, rekening houdend met specifieke risico- en prognostische factoren. De aanbevelingen zijn aanvullend aan de richtlijnen voor het behandelbeleid van de NHG-Standaarden Aspecifieke lagerugpijn (2017) en Lumbosacraal radiculair syndroom (2015) dat gericht is op behoud of herstel van het dagelijks functioneren bij lage rugpijn en/of LRS.*

Wanneer een cliënt op uw spreekuur komt met lage rugpijn of LRS:

- ▶ Inventariseer welke behandelingen en maatregelen door de huisarts en andere behandelaars zijn ingezet en evalueer welke resultaten deze hebben opgeleverd voor behoud of herstel van dagelijks functioneren en arbeidsparticipatie.
- ▶ Indien een vermoeden bestaat dat behandeling bij een andere behandelaar (medisch specialist, paramedicus) invloed kan hebben op het behandeltraject gericht op arbeidsparticipatie, overleg dan met de desbetreffende behandelaar.

INTERVENTIES GERICHT OP BEHOUD OF HERSTEL VAN HET DAGELIJKS FUNCTIONEREN BIJ LAGE RUGPIJN EN/OF LRS

- ▶ Volg voor behoud of het bevorderen van het herstel van het dagelijks functioneren bij werkenden met lage rugpijn en/of LRS het behandelbeleid van de NHG-Standaarden (zie [tekstkaders richtlijn beleid NHG-Standaarden Aspecifieke lagerugpijn](#) en [Lumbosacraal radiculair syndroom](#)).

RICHTLIJNEN BELEID NHG-STANDAARD ASPECIFIEKE LAGERUGPIJN (2017)

Het beleid bij aspecifieke lagerugpijn bestaat uit voorlichting, begeleiding en maatregelen tot behoud of herstel van het dagelijks functioneren. Daarnaast is er aandacht voor eventuele pijnbestrijding. Het beleid wordt in samenspraak met de patiënt opgesteld op basis van onder andere motivatie, comorbiditeit, ernst van de klachten, klachtenduur en eventuele eerdere ervaringen.

Het belangrijkste doel van dit beleid is te bevorderen dat de patiënt in beweging blijft of komt, zelfs bij veel pijn en hinder, en zo veel mogelijk normaal blijft functioneren wat betreft werk, huishouden, hobby's en andere dagelijkse bezigheden. Dit is mede belangrijk om te voorkomen dat de klachten chronisch worden.

Gezien de grote kans op spontaan herstel bestaat het beleid gedurende de eerste weken vooral uit voorlichting en adviezen gericht op het weer oppakken en uitbreiden van de activiteiten. Indien de klachten binnen circa drie weken na het begin van de klachten niet of onvoldoende verbeteren, is intensivering van de behandeling gewenst, rekening houdend met de duur en de ernst van de klachten, de reactie op eerdere behandelingen en de motivatie van de patiënt. Het beleid is onderverdeeld in niet-medicamenteuze behandeling, medicamenteuze behandeling en overige behandelingen.

NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Een vijf stappenplan vormt de leidraad (zie [Bijlage 9](#)):

- Stap 1 Voorlichting en advies
- Stap 2 Opbouw van dagelijkse activiteiten (klachtenduur ca. 3-4 weken)
- Stap 3 Oefentherapie (klachtenduur ca. 6 weken)
- Stap 4 Gedragmatige behandeling (klachtenduur ca. 12 weken)
- Stap 5 Multidisciplinaire revalidatie (klachtenduur >12 weken)

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Analgetica kan eventueel worden voorgeschreven conform het stappenplan van de NHG-Standaard Pijn.

OVERIGE BEHANDELINGEN

Anesthesiologische behandelingen, zoals radiofrequente laesie (zenuwblokkade door hittebehandeling) of injecties met analgetica of corticosteroïden worden bij lage rugpijn niet aanbevolen.

RICHTLIJNEN BELEID NHG-STANDAARD LUMBOSACRAAL RADICULAIR SYNDROOM (2015)

Het beleid bij een LRS, vermoedelijk op basis van een discushernia, bestaat uit voorlichting, begeleiding, pijnbestrijding (conform het stappenplan van de NHG-Standaard Pijn) en maatregelen tot behoud of herstel van het dagelijks functioneren.

Wacht bij afwezigheid van aanwijzingen voor een ernstig beloop of ernstige oorzaak gedurende de eerste periode van zes tot acht weken het spontaan herstel af. Het beleid bestaat naast pijnmedicatie uit een activerende benadering, eventueel onder begeleiding van een fysiotherapeut.

OPERATIEVE BEHANDELING

Bij onvoldoende verbetering van de pijn of uitvalsverschijnselen na zes tot acht weken bespreekt de huisarts met de patiënt de mogelijkheid van operatieve interventie (na verwijzing in de regel uitgevoerd bij een klachtenduur van 12 weken), met als doel het bewerkstelligen van decompressie van de betrokken zenuwwortel, of aan voortzetting van de conservatieve behandeling volgens de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn. De huisarts informeert de patiënt over de voor- en nadelen van een operatieve interventie.

Bij chronische pijn bij LRS is behandeling met neuropathische pijnmedicatie een mogelijkheid eventueel gevolgd door een verwijzing, via de neuroloog, naar de pijnpolikliniek.⁴

INTERVENTIES GERICHT OP ARBEIDSPARTICIPATIE BIJ LAGE RUGPIJN EN/OF LRS

Het beleid in deze richtlijn is een stepped care benadering analoog aan de NHG-Standaarden voor Aspecifieke lagerugpijn en Lumbosacraal radiculair syndroom. Naarmate meer ongunstige risico- en prognostische factoren aanwezig zijn, wordt geadviseerd eerder naar intensievere begeleiding te verwijzen.

Houd daarnaast bij de keuze voor de interventie rekening met:

- *de duur en de ernst van de klachten,*
- *de reactie op eerdere behandelingen,*
- *lopende behandelingen en*
- *de motivatie van de patiënt, door onder andere voor- en nadelen te bespreken.*

4 Raadpleeg voor de meest recente evidence ook de Richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom van de NVN.

VOORLICHTING EN ADVIES

- ▶ Overweeg de inventarisatie van de aanwezigheid van risicofactoren voor het ontstaan van lage rugpijn en/of LRS in een werkende populatie, op basis van het overzicht in hoofdstuk 1 Preventie (tabellen 1 en 2).
- ▶ Overweeg de inventarisatie van de aanwezigheid van de prognostische factoren die arbeidsparticipatie belemmeren bij lage rugpijn en/of LRS, op basis van het overzicht in hoofdstuk 3 Prognose (tabellen 3 en 4).
- ▶ Overweeg het opstellen van een risicoprofiel met behulp van de STaRT Back Screening Tool (Bijlage 8) om op een eenvoudige wijze psychosociale factoren die herstel van dagelijks functioneren en arbeidsparticipatie belemmeren in kaart te brengen en om communicatie met andere behandelaars, zoals de fysio- of oefentherapeut, te vergemakkelijken.
- ▶ Adviseer maatregelen en interventies, zoals hieronder benoemd, om de risico- en prognostische factoren die arbeidsparticipatie belemmeren, weg te nemen of te verminderen.
- ▶ Adviseer de werkende en/of werkgever:
 - dat een actieve benadering pijn en beperkingen het beste vermindert;
 - dat de werkende niet volledig pijnvrij hoeft te zijn om te blijven werken of het werk te hervatten;
 - bij overbelasting door werkgebonden risico- en prognostische factoren de belasting op de werkplek te verminderen;
 - dat aan het werk blijven een goede interventie is om van de klachten te herstellen, mits er aandacht is voor verminderen van relevante werkgebonden risico- en prognostische factoren;
 - het werk zoveel mogelijk vol te houden, zo nodig door tijdelijk in de bedrijfs-geneeskundige setting de belasting aan te passen eerst in zwaarte en anders in taken of uren;
 - zo nodig over de zaken genoemd bij voorlichting en advies in de NHG-Standaarden Aspecifieke lagerugpijn en Lumbosacraal radiculair syndroom, zoals aard van de aandoening, beeldvormende diagnostiek en behandeling (Bijlage 9) en verwijs naar de informatie op www.thuisarts.nl en www.ruginfo.nl (de site van de Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom')
- ▶ Adviseer opbouw van werkzaamheden: in afstemming met de werkende volgens een vooropgesteld plan met geleidelijk opklimmende belasting van taken en uren volgens een tijdcontingente aanpak, dus niet op basis van pijn, maar binnen een afgesproken termijn (Bijlage 10).
- ▶ Adviseer bij verzuim: om op de werkplek samen met de werkende en leidinggevende, zo nodig in overleg met een deskundige op het gebied van arbeid en gezondheid, de belemmeringen voor werkhervatting te inventariseren en maatregelen te nemen door het werk of de werkplek aan te passen bij voorkeur in de zwaarte van het rugbelastende werk en eventueel in taken en tijdsduur, zodat het werk zo snel mogelijk kan worden hervat. Overweeg hierbij het gebruik van de Leidraad Participatieve Aanpak (Bijlage 11). Neem alle maatregelen op in het plan van aanpak.
- ▶ Adviseer bij ziekmelding: altijd voor hoeveel uur per dag en per week het werk kan worden hervat. Adviseer ook voor welke taken de werkende arbeidsgeschikt is.

AANVULLENDE INTERVENTIES

Bij aanhoudende klachten en onvoldoende verbetering van arbeidsparticipatie, kan op basis van de duur van de klachten én de aanwezige risico- en prognostische factoren en/of het risicoprofiel van de STaRT Back Screening Tool, volgens het principe van stepped care, aanvullende therapie worden overwogen.

- ▶ Overweeg bij aanhoudende klachten en onvoldoende verbetering van arbeidsparticipatie na een klachtenduur van circa 6 weken, verwijzing naar één van de drie onderstaande aanvullende therapievormen of een combinatie:
 - Overweeg fysio- of oefentherapie gericht op tijdcontingent activerend bewegen:
 - bij aanwezigheid van relevante fysieke werk- of persoonsgebonden risico- en/of prognostische factoren.
 - bij onvoldoende verbetering van de klachten en/of arbeidsparticipatie door voorlichting en advies.

Denk hierbij aan oefeningen gericht op verbetering van kracht, stabiliteit, mobiliteit, flexibiliteit en aerobe capaciteit, passend bij de patiënt.
 - Overweeg een intensief werkgericht fysiek conditioneringsprogramma:
 - bij aanwezigheid van relevante fysieke werk- of persoonsgebonden risico- en/of prognostische factoren;
 - bij onvoldoende verbetering van de klachten en/of arbeidsparticipatie door algemene oefentherapie.

Intensieve werkgerichte fysieke conditioneringsprogramma's omvatten meer dan vijf sessies van minimaal twee keer per week. Betrek de werkplek in dit programma door een werkplekbezoek of door het uitvoeren van interventies op de werkplek. Schakel zo nodig een arbo-adviseur, arbeidsdeskundige, arbeidshygiënist, arboverpleegkundige, bedrijfsfysio- of -oefentherapeut of een ergonom in.
 - Overweeg gedragsmatige behandeling:
 - bij aanwezigheid van relevante psychosociale risico- en/of prognostische factoren of een verhoogd risicoprofiel op de STaRT Back Screening Tool;
 - bij onvoldoende verbetering van de klachten en/of arbeidsparticipatie door algemene of werkgerichte oefentherapie.

Cognitieve therapie is een gedragsbehandeling die bestaat uit de componenten pijnbewustwording, gecontroleerde blootstelling en leefstijlverandering, passend bij de patiënt.
- ▶ Overweeg bij aanhoudende klachten en onvoldoende verbetering van arbeidsparticipatie na een klachtenduur van circa 12 weken, multi- of interdisciplinaire revalidatie, maar bij voorkeur arbeidsrevalidatie:
 - als blijkt dat er onderhoudende psychosociale factoren zijn;
 - bij onvoldoende verbetering van de klachten en/of arbeidsparticipatie.

Deze behandeling bestaat uit een combinatie van educatieve, fysieke, gedragsmatige en/of arbeidsgerelateerde interventies, zoals graded activity of 'exposure in vivo' en werkplek-aanpassingen. Verschillende disciplines zijn erbij betrokken en omvat onder andere een driegesprek van werkende, leidinggevende en een deskundige op het gebied van arbeidsrevalidatie.

BELEID BIJ OPERATIEVE INTERVENTIE BIJ LRS

Bij onvoldoende verbetering van de pijn of uitvalsverschijnselen na zes tot acht weken bespreekt de huisarts met de patiënt de mogelijkheid van operatieve interventie (na verwijzing in de regel uitgevoerd bij een klachtenduur van 12 weken) (NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom (2015)). De taak van de bedrijfsarts is om met de patiënt te bespreken wat de gevolgen van een operatieve interventie zijn voor arbeidsparticipatie en het bijbehorende behandeltraject.

PRE-OPERATIEF BELEID

- ▶ Ga bij onvoldoende verbetering van het functioneren bij een LRS na circa 6-8 weken bij de werkende na of in overleg met de huisarts een operatieve behandeling is overwogen.
- ▶ Bespreek met de werkende met ernstige uitstralende pijn de voor- en nadelen van niet-operatieve therapie en opereren in relatie tot de consequenties voor werk en gebruik hierbij eventueel de NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom (Bijlage 12) en/of de [keuzehulp Hernia: afwachten of een operatie?](#)
- ▶ Geef bij overweging voor operatieve behandeling in het kader van verwachtingen management, informatie over vermoedelijk beloop en herstel én het te volgen plan van aanpak voor arbeidsparticipatie.

POSTOPERATIEF BELEID

- ▶ Geef na operatieve behandeling informatie over vermoedelijk beloop en herstel.
- ▶ Stimuleer het uitbreiden van activiteiten.
- ▶ Bespreek met de patiënt de operatie, het verloop en het advies van de chirurg over bewegen, werkzaamheden en werkhervatting.
- ▶ Adviseer opbouw van werkzaamheden, zo nodig in overleg met de chirurg of huisarts. Bespreek het advies met de patiënt en neem bij twijfel van de patiënt over de fysieke mogelijkheden met betrekking tot arbeidsparticipatie contact op met de chirurg of huisarts.
- ▶ Adviseer postoperatieve oefentherapie, bij voorkeur intensieve training onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut, als er circa 6 weken na operatie onvoldoende herstel is opgetreden.
- ▶ Houd rekening met een mogelijk langere postoperatieve herstelfase (circa 12 weken) bij (chronische) restverschijnselen zoals krachtverlies of een klapvoet.

5 EVALUATIE

Een belangrijk doel van deze richtlijn is om inzicht te geven hoe stagnatie in herstel van dagelijks functioneren en van arbeidsparticipatie tijdig kan worden vastgesteld en welke acties dan nodig zijn.

Kennis over stagnatie is ook belangrijk omdat voorafgaand aan de WIA-beoordeling de re-integratie inspanningen moeten worden getoetst. Deze richtlijn biedt inzicht in de aspecten waarop getoetst kan worden. Signaleren van stagnatie is een gezamenlijk belang van de verzuimende werkende en van alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor deze verzuimende werkende met lage rugpijn en/of LRS.

Voor het bepalen van stagnatie wordt ook verwezen naar de kennis over verzuim en beloop van rugklachten en de prognostische factoren in [hoofdstuk 3 Prognose](#).

VASTSTELLEN VAN STAGNATIE IN HERSTEL VAN DAGELIJKS FUNCTIONEREN EN/OF ARBEIDSPARTICIPATIE

- ▶ Volg voor het vaststellen van stagnatie de volgende stappen:
 - ga na hoe lang de werkende bezig is met herstel;
 - stel vast of dit past bij (het beloop van) lage rugpijn of LRS;
 - ga na welke werkzaamheden de werkende vervult;
 - evalueer of de behandeling en het herstelgedrag adequaat zijn.
- ▶ Onderzoek welke aspecten een rol spelen bij de stagnatie. Denk daarbij aan:
 - persoonlijke factoren zoals:
 - ernst van de aandoening, onvoldoende respons op behandeling, co-morbiditeit en de belemmerende prognostische persoonsgebonden factoren (tabellen 3 en 4).
 - werkgebonden factoren zoals:
 - aard en inhoud van het werk, houding en ondersteuning leidinggevende en collega's en de belemmerende prognostische werkgebonden factoren (tabellen 3 en 4).
 - omgevingsfactoren zoals:
 - factoren buiten de werkomgeving die herstel doen stagneren, zoals rug-belastende factoren in de privésituatie (hobby, sport etc) en sociale factoren, zoals bejegening, (gebrek aan) ondersteuning familie en mantelzorgtaken.
- ▶ Maak zo nodig nieuwe afspraken en actualiseer het begeleidingsplan op punten waar sprake is van (dreigende) stagnatie.
- ▶ Overleg zo nodig met de behandelaar(s) over de lopende behandeling als daar stagnatie optreedt.

INTERVENTIES GERICHT OP OPHEFFEN STAGNATIE IN ARBEIDSPARTICIPATIE

- ▶ Leg in geval van stagnatie vast:
 - of de werkende een adequate behandeling krijgt volgens deze richtlijn en de behandeladviezen heeft opgevolgd;
 - of er persoonlijke, werkgebonden of omgevingsfactoren zijn die herstel van dagelijks functioneren en/of arbeidsparticipatie stagneren;
 - of er bevorderende factoren zijn, die herstel van dagelijks functioneren en/of arbeidsparticipatie kunnen stimuleren;
 - documenteer welke acties zijn ondernomen om de herstel belemmerende factoren op te heffen, de bevorderende factoren te stimuleren inclusief het resultaat van deze actie(s) en of er nieuwe afspraken zijn gemaakt en/of het begeleidingsplan is aangepast. Overweeg verwijzing naar interventies voor arbeidsparticipatie (hoofdstuk 4), zoals multidisciplinaire arbeidsrevalidatie.

PERSOONLIJKE FACTOREN ALS OORZAAK VAN DE STAGNATIE

- ▶ Overleg met de behandelaar, zoals de huisarts, voor heroverweging van de behandeling (bijvoorbeeld doorverwijzing) als er:
 - 6 weken na start van de behandeling nog geen verbetering van herstel van dagelijks functioneren en/of arbeidsparticipatie is;
 - bij twee opeenvolgende contacten (met een tussenliggende periode van 3-5 weken in de eerste 3 maanden, of van 6 weken na 3 maanden) geen (verdere) verbetering van herstel van dagelijks functioneren en/of arbeidsparticipatie is.

WERKGEBONDEN FACTOREN ALS OORZAAK VAN DE STAGNATIE

- ▶ Heroverweeg het begeleidingsplan:
 - Overleg dan met werkende en leidinggevende, als de oorzaak van stagnatie in werkgebonden factoren, de afspraken op de werkplek of met de leidinggevende of collega's ligt en kom tot afspraken over het wel of niet bijstellen van het begeleidingsplan.

OMGEVINGSFACTOREN ALS OORZAAK VAN DE STAGNATIE

- ▶ Inventariseer de stagnerende omgevingsfactoren en maak een actieplan om deze op te heffen.

TOETSING RE-INTEGRATIE INSPANNINGEN BIJ WIA-AANVRAAG

- ▶ Overweeg de relevante specifieke aspecten die wijzen op stagnatie van herstel van dagelijks functioneren en arbeidsparticipatie door de volgende vragen te beantwoorden:
 - Adequate behandeling:
 - Heeft de werkende een adequate behandeling gekregen gericht op herstel van dagelijks functioneren en/of arbeidsparticipatie?
 - Herstelgedrag of probleemoplossend gedrag werkende (persoonsgebonden factoren):
 - Heeft de werkende na verwijzing contact opgenomen met de behandelaar en de behandeladviezen opgevolgd?
 - Wat heeft de werkende nog meer gedaan om zijn herstel en re-integratie te bevorderen?
 - Zijn er concrete aanwijzingen dat de werkende zijn herstel en/of re-integratie belemmerd heeft?
 - Belemmeringen van herstel van dagelijks functioneren en/of arbeidsparticipatie (werkgebonden factoren):
 - Was in het werk sprake van factoren die kunnen bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van lage rugpijn/LRS of die herstel van dagelijks functioneren en/of arbeidsparticipatie bij werkenden met lage rugpijn/LRS kunnen belemmeren? (zie tabellen 1-4);
 - Zijn er bevorderende factoren die herstel van dagelijks functioneren en/of arbeidsparticipatie kunnen stimuleren? (zie tabellen 3 en 4);
 - Wat is gedaan om deze belemmerende factoren weg te nemen, bijvoorbeeld door (tijdelijke) aanpassing van het werk? Was de inspanning van de werkgever voldoende?
 - Belemmeringen van herstel van dagelijks functioneren en/of arbeidsparticipatie in de omgeving van de werkende (omgevingsfactoren):
 - Was in de omgeving van de werkende sprake van risico- en prognostische factoren die kunnen bijdragen aan ontstaan of voortbestaan van lage rugpijn/LRS?
 - Heeft de werkende voldoende ondersteuning gekregen van leidinggevende en/of collega's?
 - Zo ja, wat is gedaan om belemmerende risico- en prognostische factoren weg te nemen?

AFSTEMMING TUSSEN BEDRIJFSARTS EN VERZEKERINGSARTS

Bij een stagnerend beloop, complexe casuïstiek of verschil van inzicht nemen de bedrijfsarts en verzekeringsarts contact met elkaar op zodat zij hun inzichten toe kunnen lichten en – indien mogelijk- op elkaar af te stemmen. Dit is in het belang van goede zorg, inschatting van de belastbaarheid en benutten van re-integratiemogelijkheden voor de werkende met lage rugpijn en/of LRS.

6 SAMENWERKEN

Zorg voor goede afstemming met de andere (para-)medische professionals bij arbeidsrelevante aandoeningen en volg de afspraken zoals vastgelegd in de Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts, die onveranderd actueel zijn.

- Communiceer alleen na heldere informatieoverdracht en na toestemming van de werknemer.
- Verwijs als dit een toegevoegde waarde heeft voor de kwaliteit van zorg.
- Maak gebruik van de documenten uit de Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts.
- Zorg voor de vastgelegde voorwaarden uit de Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts.
- Zorg voor een goede bereikbaarheid en waarneming.

- ▶ Communiceer met andere (para-)medische professionals
 - over de gewenste afstemming en terugkoppeling tijdens en na het diagnostisch onderzoek, de probleemoriëntatie en de behandeling;
 - bij een verschil van mening tussen de (para-)medisch professionals over de diagnose of over het beleid;
 - bij stagnatie van het herstelproces.

DIAGNOSTIEK

- ▶ Verwijs in overleg met de huisarts voor nadere diagnostiek, als onvoldoende informatie beschikbaar is om de (probleem)diagnose vast te stellen;
- ▶ Communiceer met de huisarts, als er aanvullende gegevens nodig zijn om te beoordelen of verwijzing noodzakelijk is.

PROBLEEMORIËNTATIE

- ▶ Overleg bij werkplekonderzoek met andere deskundigen op het gebied van arbeid en gezondheid, zoals een arbo-adviseur, arbeidsdeskundige, arbeidshygiënist, arboverpleegkundige, bedrijfsfysio- of -oefentherapeut of een ergonom. Overweeg hierbij het gebruik van de Leidraad Participatieve Aanpak ([Bijlage 11](#)).

BEHANDELING

- ▶ Verwijs voor behandeling, als blijkt dat behandeling door een andere (para-)medisch professional noodzakelijk is voor herstel;
- ▶ Communiceer met de (para-)medisch professional over de eigen bevindingen, de ingezette begeleiding en behandeling, formuleer een duidelijke vraagstelling.

RICHTLIJN
**LAGE RUGPIJN EN
LUMBOSACRAAL RADICULAIR SYNDROOM**

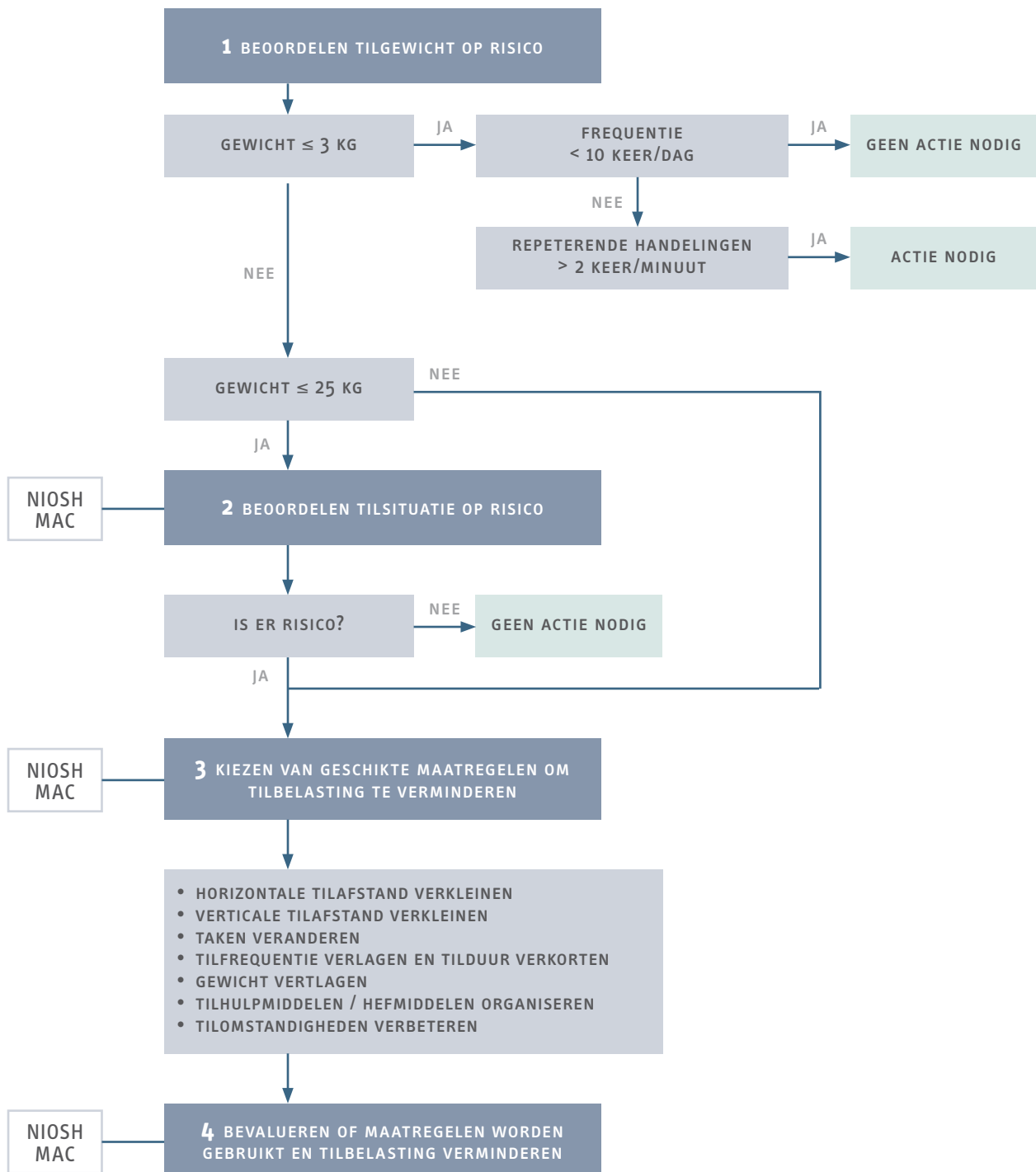
BIJLAGEN

BIJLAGE 1

MULTIDISCIPLINAIRE PRAKTIJKRICHTLIJN TILLEN

DE VIER STAPPEN VAN DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN VERMINDERING VAN TILBELASTING OM RUGKLACHTEN TE VOORKOMEN:

Stap 1 Beoordeel het tilgewicht met het stroomschema van de richtlijn (afbeelding 1).



Afbeelding 1 Stroomschema voor het beoordelen van tilsituaties ter preventie van werkgerelateerde rugklachten

Stap 2 Beoordeel tilhandelingen met een gewicht tussen 3 en 25 kilogram.

- ▶ Gebruik voor een snelle en simpele beoordeling de MAC-methode (tekstbox hieronder)
- ▶ Gebruik voor een meer gedetailleerde beoordeling de NIOSH-formule (tekstbox hieronder)

De MAC-methode en NIOSH-formule

Met de MAC-methode en de NIOSH-formule wordt door observatie en/of eenvoudige metingen bepaald of een tilsituatie risicovol is voor het krijgen van rugklachten. Beide methode inventariseren op een gestandaardiseerde manier de tilsituatie op basis van kenmerken als tilgewicht, tilhoogte en frequentie van tillen. Deze gegevens worden gebruikt om tot een oordeel te komen in hoeverre de tilsituatie risicovol is.

Voor een snelle en simpele beoordeling wordt de MAC-methode aanbevolen en voor een meer gedetailleerde beoordeling de NIOSH-formule.

De MAC-methode is ontwikkeld door de Health & Safety Executive (HSE) and Health & Safety Laboratory in Groot-Brittannië om de HSE-inspecteurs te ondersteunen bij de beoordeling en aanpak van tilsituaties (Manual handling Assessments Charts).

Een Nederlandse online versie is beschikbaar op de website www.ergonomiesite.be/mac-tool.

De NIOSH-formule is ontwikkeld door het National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) in de Verenigde Staten van Amerika.

Een vereenvoudigde online versie van de rekentool is te vinden op de website van [FNV](#).

In de App Store is de app [MMH Calculator \(Manual Material Handling\)](#) voor iPhone en iPad beschikbaar, waarmee u het aanbevolen maximale tilgewicht berekenen. De berekening is gebaseerd op de herziene NIOSH-methode. Deze methode wordt internationaal erkend en wordt (in vereenvoudigde vorm) ook door Inspectie SZW gehanteerd.

Beide methoden zijn ook bereikbaar via de website www.arboportaal.nl/externe-bronnen/instrumenten/niosh-methode.

Stap 3 Maak gebruik van de volgende bewezen effectieve maatregelen om de tilbelasting te verminderen:

- ▶ Verminder handmatig tillen:
 - Verander productiemethoden door mechanisering of automatisering zodat er minder handmatig hoeft te worden getild bijvoorbeeld de invoering van rolcontainers en inzamelpunten om het tillen van vuilniszakken te verminderen.
 - Gebruik van tilliften of heftoestellen om het tilgewicht te verminderen of de tilfrequentie te verlagen. Zowel voor tilliften voor patiënten als voor heftoestellen in de industrie geldt dat de belasting niet altijd vermindert en de procestijd vaak langer wordt. De arboprofessional weegt met leidinggevende en werknemers de voor- en nadelen.

- ▶ Verbeter tilsituaties:
 - Vermindering van de verticale tilafstand door het opgehoogd aanbieden van de te tillen patiënt of het object.
 - Vermindering van de horizontale afstand of het verlagen van de frictie bij horizontale verplaatsing. Dit kan bij het verplaatsen van patiënten door het gebruik van glijlakens, overbruggingsplanken of roldekens. Voor goederen kan dit door gebruik te maken van rolvloeren.
 - Aanpassing van de tilomstandigheden door betere handvatten aan tilobjecten of een tilgordel met handvatten voor het verplaatsen van patiënten.
 - Vermindering van het tilgewicht. Door het gebruik van lichtere of kleinere objecten treden soms ongunstige bijwerkingen op om bijvoorbeeld een vergelijkbare productie te halen. De arboprofessional weegt met leidinggevende en werknemers de voor- en nadelen.
 - Voor tillen zijn veel hulpmiddelen verkrijgbaar, vaak met een specifieke toepassing. Arbocatalogi kunnen een goede informatiebron zijn. De arboprofessional weet dat veel van die hulpmiddelen niet goed in de praktijk zijn geëvalueerd. Daarom is het van belang dat de arboprofessional in samenspraak met leidinggevende en werknemers en op basis van de gegeven interventiemogelijkheden beoordeelt of het hulpmiddel mogelijk effectief is voor de vastgestelde beoordeelde risico's in de tilsituatie.

- ▶ Neem organisatorische maatregelen:
 - Organiseer getrainde tilteams bijvoorbeeld in ziekenhuizen. De tilteams dienen te beschikken over dezelfde hulpmiddelen als hiervoor aanbevolen.
 - Tillen van lasten door meerdere personen – ook hier geldt niet meer dan 25 kg per persoon.

- ▶ Raad het toepassen van de volgende preventieve tilmaatregelen af:
 - Tiltechniektraining en -advies;
 - Advies van tillen vermijden zonder het geven van een goed alternatief;
 - Gebruik van ruggordels;
 - Algemene aanstellingskeuringen.

Stap 4 **Evalueer met de MAC-methode of de NIOSH-formule of de geselecteerde maatregelen daadwerkelijk worden gebruikt en leiden tot een voldoende grote afname van de tilbelasting.**

Update: [An Evidence-Based Multidisciplinary Practice Guideline to Reduce the Workload due to Lifting for Preventing Work-Related Low Back Pain.](#)

BIJLAGE 2

SPECIFIEKE OORZAKEN LAGE RUGPIJN

Tabel 1 Specifieke oorzaken van lagerugpijn en de bijbehorende risicofactoren/kenmerken
(NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn 2017)

De aanwezigheid van een enkel kenmerk hoeft niet direct op een specifieke oorzaak te wijzen; een combinatie van meerdere kenmerken, zeker bij een onverklaarbaar langdurig of progressief beloop, vergroot de waarschijnlijkheid dat de pijnklachten door een specifieke aandoening worden veroorzaakt.

Aandoening	Risicofactoren/kenmerken
Maligniteit (wervelmetastasen of leptomeningeale metastasen)	<ul style="list-style-type: none">- Maligniteit in de voorgeschiedenis (vooral mamma-, prostaat- en longcarcinoom)- Leeftijd > 50 jaar- Continue pijn, onafhankelijk van houding of bewegen- Nachtelijke verergering van de pijn- Neurologische uitvalsverschijnselen, vaak bilateraal- Algehele malaise, nachtzweeten- Onverklaard gewichtsverlies
Wervelfractuur (traumatisch of spontaan) (zie NHG-Standaard Fractuurpreventie)	<ul style="list-style-type: none">- Leeftijd > 65 jaar- Vrouwelijk geslacht- Klachten aansluitend aan een hoogenergetisch trauma- Langdurig gebruik van corticosteroiden- Postuurverandering (versterkte thoracale kyfose)- Lengtevermindering- Plotseling ontstaan van de klachten- Laag lichaamsgewicht- Heupfracturen bij ouders
Axiale spondyloartritis	<ul style="list-style-type: none">- Ontstaan van lagerugpijn voor 45^e levensjaar- Klachtenduur > 3 maanden (bijna dagelijks)- Geleidelijk ontstaan van de klachten- Nachtelijke pijn (met verbetering na het opstaan)- Minder pijn en stijfheid bij bewegen- Geen verbetering in rust; ochtendstijfheid- Sterke verbetering van de pijn na gebruik van NSAID's- Verstreken lumbale lordose (klachtenduur > 10 jaar), toegenomen thoracale kyfose in combinatie met verminderde beweeglijkheid wervelkolom- Voorgeschiedenis/positieve familieanamnese: uveïtis anterior, psoriasis vulgaris, onverklaarde perifere artritis of enthesitis, dactylitis, inflammatoire darmaandoening
Spondylolisthesis	<ul style="list-style-type: none">- Begin van lagerugpijn voor 20^e levensjaar- Palpabel trapje in verloop van processi spinosi laag lumbaal- Neurologische uitvalsverschijnselen
Spondylodiscitis/epiduraal abces	<ul style="list-style-type: none">- Onvoldoende reactie op (hoog gedoseerde) pijnmedicatie- Snel progressieve neurologische uitval- Koorts, koude rillingen, nachtzweeten- Onverklaard gewichtsverlies- Intraveneus drugsgebruik- Comorbiditeit: immuuncompromitterende aandoeningen¹⁵- Recente rugoperatie, epidurale injectie, lumbaalpunctie of zenuwwortelblokkade
Spinaal epiduraal hematoom	<ul style="list-style-type: none">- Stollingsstoornis of gebruik orale anticoagulantia- Snel progressieve neurologische uitvalsverschijnselen- Recente rugoperatie, epidurale injectie, lumbaalpunctie of zenuwwortelblokkade

BIJLAGE 3

AANDOENINGEN DIE GEPAARD KUNNEN GAAN MET EEN LRS







Tabel 3 Aandoeningen die gepaard kunnen gaan met een LRS en de bijbehorende risicofactoren/ kenmerken (NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom 2015)

Aandoening	Risicofactoren/kenmerken
Maligniteit (wervelmetastasen of leptomenigeale metastasen)	<ul style="list-style-type: none">- Maligniteit in de voorgeschiedenis (vooral mamma, prostaat en longcarcinoom)- Leeftijd > 50 jaar- Continue pijn onafhankelijk van houding of bewegen- Op de voorgrond staande rugpijn- Nachtelijke verergering van de pijn- (Uitgebreide) neurologische uitvalsverschijnselen, vaak bilateraal- Algehele malaise- Onverklaard gewichtsverlies
Wervelfractuur (zie NHG-Standaard Fractuurpreventie)	<ul style="list-style-type: none">- Klachten aansluitend aan een (hoogenergetisch) trauma- Vrouwelijk geslacht- Langdurig gebruik van corticosteroiden Postuurverandering (versterkte thoracale kyfose)- Lengtevermindering- Plotseling ontstaan van de klachten- Laag lichaamsgewicht
Spondylodiscitis/ epiduraal abces	<ul style="list-style-type: none">- Koorts, koude rillingen- Onverklaard gewichtsverlies- Intraveneus drugsgebruik- Comorbiditeit: immuuncompromitterende aandoeningen- Recente rugoperatie, epidurale injectie, lumbaalpunctie of zenuwwortelblokkade- Op de voorgrond staande rugpijn- Onvoldoende reactie op (hooggedoseerde) pijnmedicatie- Snel progressieve neurologische uitval
Epiduraal hematoom	<ul style="list-style-type: none">- Recente rugoperatie, epidurale injectie, lumbaalpunctie of zenuwwortelblokkade- (Iatrogene) stollingsstoornis
Spondylodiscitis/ epiduraal abces	<ul style="list-style-type: none">- Onvoldoende reactie op (hoog gedoseerde) pijnmedicatie- Snel progressieve neurologische uitval- Koorts, koude rillingen, nachtzweeten- Onverklaard gewichtsverlies- Intraveneus drugsgebruik- Comorbiditeit: immuuncompromitterende aandoeningen¹⁵- Recente rugoperatie, epidurale injectie, lumbaalpunctie of zenuwwortelblokkade
Radiculitis (bijvoorbeeld door B. Burgdorferi of H. Zoster)	<ul style="list-style-type: none">- Algehele malaise- Uitval verschillende zenuwwortels (polyradiculopathie)- Comorbiditeit: immuuncompromitterende aandoeningen- Recente tekenbeet, erythema migrans, hersenzenuwuitval, artritis, koorts

BIJLAGE 4

KLINISCHE KENMERKEN VAN EEN LRS

Tabel 1 Aandoeningen die gepaard kunnen gaan met een LRS en de bijbehorende risicofactoren/ kenmerken (NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom 2015)

Niveau discushernia	L3-L4	L4-L5	L5-S1
Compressie zenuwwortel ⁵	L4	L5	S1
Pijn			
Sensibiliteitsstoornis (paresthesie/ dysesthesie/ hypesthesie)			
Parese	Extensie knie (strekken van het been)	Dorsaalflexie dig 1 en voet (heffen grote teen en op de hakken lopen)	Plantairflexie voet (op de tenen lopen)
Reflex	Kniepeesreflex verlaagd	Geen reflexverschil	Achillespeesreflex verlaagd

5 Het betreft de zenuwwortels die – in het geval van wortelcompressie – in de meeste gevallen betrokken zijn bij een discushernia op het betreffende niveau. Vooral bij een centrale discushernia is betrokkenheid van een lagere zenuwwortel mogelijk.
Bron: Bewerkt ten opzichte van figuur 1 uit de richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten van de NVAB (2006)

BIJLAGE 5

UITVOERING TESTEN LRS

Uitvoering (gekruipte/omgekeerde) proef van Lasègue, de maximale vinger-vloerafstand en anaalreflex (NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom 2015)

De *proef van Lasègue* wordt uitgevoerd door bij een patiënt in rugligging het aangedane been (in de knie gestrekt) op te tillen, met vermindering van rotatie, ab- en adductie in de heup. De proef is positief als deze manoeuvre binnen een kleinere hoek dan 60 tot 70° tussen gestrekt been en ondergrond gepaard gaat met (een verergering van) de pijn die volgens een dermatomaal patroon tot onder de knie uitstraalt. De pijn die bij de proef van Lasègue optreedt ontstaat door rek van de geïrriteerde of beknelde zenuw. Wortelprikkeling is meer waarschijnlijk naarmate de pijn optreedt bij geringere flexie in de heup. Deze proef heeft een hoge sensitiviteit; een negatieve Lasègue maakt de diagnose LRS minder waarschijnlijk.

De *gekruipte proef van Lasègue* wordt uitgevoerd door bij een patiënt in rugligging het contralaterale been op te tillen. De proef is positief als het heffen van het contralaterale been gepaard gaat met een pijnreactie in het aangedane been volgens hetzelfde patroon als bij de gewone proef van Lasègue. Deze proef heeft een hoge specificiteit; een positieve gekruipte proef van Lasègue maakt een LRS meer waarschijnlijk.

De *omgekeerde proef van Lasègue* wordt uitgevoerd door bij een patiënt in buikligging het aangedane been (in de knie gebogen) op te tillen. De proef is positief als deze manoeuvre gepaard gaat met (een verergering van de) uitstralende pijn in het been. Deze proef is zinvol bij (verdenking op) een hooglumbaal radiculair syndroom (discushernia op niveau L1L2, L2L3, L3L4).

De *maximale vingervloerafstand* wordt bepaald door de patiënt met gestrekte knieën zo ver mogelijk voorover te laten buigen en te laten proberen de vloer aan te raken. Indien de afstand tussen de vingers en de vloer op het moment dat de patiënt niet verder naar voren kan buigen (als gevolg van lumbale fixatie of door het optreden van pijn) groter is dan 25 cm, is de test positief.

Vervolgonderzoek bij het vermoeden van een cauda equinasyndroom*:

- Sensibiliteit van het rijbroekgebied;
- Anaalreflex (optioneel).

De *anaalreflex* wordt opgewekt door direct links of rechts naast de anus te prikken (bijvoorbeeld met een wattenstokje), waarop de m. sphincter ani externus normaal gesproken contraheert. De reflex is bij een caudasyndroom niet opwekbaar.

* door de huisarts

BIJLAGE 6

REGISTRATIERICHTLIJN – D004 BEROEPSGEBONDEN ASPECIFIEKE LAGE RUGKLACHTEN

Scoreformulier Registratierichtlijn – D004 Beroepsgebonden Aspecifieke lage rugklachten
(Nederlands Centrum voor Beroepsziekten)

Bij deze richtlijn hoort een *achtergronddocument*

Scoreformulier arbeidsgerelateerdheid aspecifieke lage rugklachten

Werknemer _____

 Leeftijd _____
 Beroep _____

Diagnose 'Aspecifieke lage rugklachten' **Nee** → Instrument niet van toepassing

Ja

Checklist risicofactoren

A	Handmatig tillen/dragen van lasten	SCORE
= object met de hand(en) oppakken/vasthouden/zonder gebruik van mechanische hulpmiddelen verplaatsen		
A1	Hanteert de werknemer > 10% van de werkdag lasten > 15 kg? JA, vul score 7 in en ga verder naar B NEE, ga naar A2	[]
A2	Hanteert de werknemer > 2x per minuut gedurende in totaal > 2 uur per werkdag lasten > 5 kg, of > 1x per dag lasten > 25 kg? JA, vul score 4 in NEE, vul score 0 in	
B	Buigen/draaien van de romp	
= voorover buigen, zijwaarts buigen en/of draaien van de romp (nb. de aangegeven tijdsduur heeft betrekking op de totale tijdsduur waarin in de genoemde romphouding is gewerkt gedurende een werkdag)		
B1	Werkt de werknemer > 1/2 uur per werkdag met de romp > 40° gebogen en/of gedraaid? JA, vul score 7 in en ga verder naar C NEE, ga naar B2	[]
B2	Werkt de werknemer > 2 uur per werkdag met de romp > 20° gebogen en/of gedraaid? JA, vul score 5 in NEE, vul score 0 in	[]
C	Lichaamstrillingen	
hieronder genoemde trillingsniveaus zijn tijdgewogen gemiddelden over 8 uur; als de daadwerkelijke blootstelling per werkdag korter is kan het tijdgewogen gemiddelde berekend worden met de formule: $a8 = aexp \cdot \sqrt{Te/8}$ (a8 = tijdgewogen gemiddelde over 8 uur, aexp = trillingsniveau (gemeten of geschat), Te = dagelijkse blootstellingsduur)		
C1	Is de werknemer 5 jaar blootgesteld aan trillingsniveaus > 1 m/s ² gemiddeld per dag? JA, vul score 5 in NEE, ga naar C2	[]
C2	Wordt de werknemer blootgesteld aan trillingsniveaus > 0,5 m/s ² gemiddeld per dag? JA, vul score 3 in NEE, vul score 0 in	[]
Totaalscore (0-19)		[]

Totaalscore	Leeftijd (jaren)		
	< 35	35 – 45	> 45
0	0	0	0
1	7	7	6
2	14	13	12
3	20	18	17
4	26	23	22
5	31	28	26
6	35	32	30
7	39	35	33
8	43	39	36
9	46	42	39
10	49	44	42
11	52	47	44
12	55	49	46
13	57	51	48
14	59	53	50
15	61	54	51
16	62	56	53
17	64	57	54
18	65	58	55
19	66	60	56

Kans op arbeidsgerelateerdheid [] %

Kans op arbeidsgerelateerdheid	
≤ 50%	> 50%
Betekenis De aspecifieke lage rugklachten zijn mogelijk mede door factoren in het werk veroorzaakt.	Betekenis De aspecifieke lage rugklachten zijn in overwegende mate door factoren in het werk veroorzaakt.
Begeleiding werknemer Interventies afhankelijk van de blootstelling aan afzonderlijke risicofactoren; overweeg bij aanwezigheid risicofactoren verlagings van de blootstelling.	Begeleiding werknemer Interventies gericht op het verlagen van de blootstelling aan de geïnventariseerde risicofactoren op de werkplek zijn noodzakelijk.
Beroepsziekte? JA, indien sprake is van: - Lichaamstrillingen > 1,15 m/s ² gemiddeld over 8-urige werkdag - Tillen: NIOSH L1 > 2	Beroepsziekte? JA

BIJLAGE 7

REGISTRATIERICHTLIJN – D023 BEROEPSGEBONDEN LUMBOSACRAAL RADICULAIRSYNDROOM

*Registratierichtlijn – D023 Beroepsgebonden lumbosacraal radiculairsyndroom
(Nederlands Centrum voor Beroepsziekten)*

Bij deze richtlijn hoort een [achtergronddocument](#)

1 OMSCHRIJVING BEROEPSGEBONDEN AANDOENING

De incidentie van het lumbosacraal radiculair syndroom (LRS), gedefinieerd als lage rugpijn met uitstraling, bedraagt in de huisartspraktijk in Nederland 9 per 1000 patiënten per jaar (95%BI (betrouwbaarheidsinterval) 8,4-10,2). Dit is ongeveer één derde van die van lage rugpijn zonder uitstraling (26,6/1000/jr) (Van der Linden 2004). De aandoening komt bij vrouwen iets meer voor dan bij mannen (9,8/1000/jr vs. 8,7/1000/jr) en de incidentie neemt geleidelijk toe met de leeftijd. Onder de 14 jaar komt LRS nauwelijks voor. De piek ligt in de leeftijdscategorie 45-64 jaar (16/1000/jr). Boven het 65e levensjaar schommelt de incidentie rond de 11/1000/jr. Met betrekking tot de prevalentie in de huisartspraktijk valt dezelfde trend naar leeftijd waar te nemen als bij de incidentie: gemiddeld 15 per 1000 patiënten. De hoogste prevalentie valt ook hier in de leeftijdscategorie 45-64 jaar (28/1000, mannen en vrouwen ongeveer gelijk).

2 OMSCHRIJVING OORZAKELIJKE BLOOTSTELLING(EN)

Persoons- en werkgebonden risicofactoren worden onderscheiden als mogelijke oorzaak voor LRS. Persoonsgebonden factoren die in meer of mindere mate in verband gebracht worden met het risico op LRS zijn leeftijd, lichaamslengte, genetische aanleg, lichamelijke activiteiten en rookgedrag (Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008). Werkgebonden risicofactoren zijn onder andere het verrichten van zwaar lichamelijk werk waarbij veelvuldig vooroverbuigen en draaien van de wervelkolom optreedt (Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008). Specifieke beroepsgroepen met een verhoogd risico zijn verpleegkundigen, bouwvakkers, bestuurders van voertuigen en geschoolde of ongeschoolde handwerklieden.

3 CRITERIA VOOR KLINISCHE DIAGNOSTIEK

LRS wordt gedefinieerd als in de bil en/of het been uitstralende pijn, vergezeld van één of meerdere symptomen of verschijnselen die suggestief zijn voor een aandoening van een specifieke lumbosacrale zenuwwortel (Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008). Bij de anamnese zijn de belangrijkste onafhankelijke voorspellers van een discushernia met wortelcompressie op een MRI: op de voorgrond staande pijn in het been, typisch (monoradiculaire) dermatomere pijn en toename van pijn in het been bij drukverhogende momenten. Het lichamelijk onderzoek heeft geringe toegevoegde waarde wanneer bovenstaande anamnestiche factoren worden vastgesteld.

4 CRITERIA VOOR WERKGERELATEERDE DIAGNOSTIEK

Wanneer is er bij LRS sprake van een beroepsziekte? Voor de vaststelling wordt de volgende beslisregel gehanteerd, waarbij beide fysieke factoren aanwezig dienen te zijn:

- 1 het herhaald dagelijks tillen en/of dragen van lasten zwaarder dan 5 kg waarbij voor de dagelijkse blootstelling te denken valt aan tillen en/of dragen van meer dan 2 uur per dag of vaker dan 25 keer per dag, en voor de blootstellingsduur aan een periode van meer dan 10 jaar, en
- 2 het herhaald of langdurig dagelijks buigen van de romp waarbij voor de dagelijkse blootstelling te denken valt aan meer dan 20 graden buigen van de romp gedurende meer dan 1 uur per dag.

BIJLAGE 8

START BACK SCREENING TOOL (NEDERLANDSE VERTALING)

STarT Back Screening Tool (Meetinstrumenten in de zorg)

Toelichting

Instrument

Auteur: Oorspronkelijke versie: Jonathan Hill et al. © Keele University 01/08/07 <http://www.keele.ac.uk/sbst/>

Nederlandse versie: M van Hooff, W van Lankveld, P Anderson, A Apeldoorn, F van Hartingsveld, R Ostelo (2011)

Antwoord u alstublieft ieder onderdeel. Kruis bij ieder onderdeel het vakje aan dat op u van toepassing is. Soms is het moeilijk om tussen twee vakjes te kiezen, kruis dan het vakje aan dat uw probleem het beste beschrijft. Kruis niet meer dan één vakje per onderdeel aan!

Denk bij het beantwoorden van de volgende vragen telkens aan de situatie in de laatste 2 weken.

		ONEENS (0)	EENS (1)		
1	In de laatste 2 weken straalde mijn rugpijn wel eens uit naar één of beide benen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	In de laatste 2 weken heb ik wel eens pijn in mijn schouder of nek gehad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Vanwege mijn rugpijn liep ik alleen korte afstanden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	In de laatste 2 weken kleedde ik me trager dan gewoonlijk aan vanwege mijn rugpijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Voor iemand in mijn toestand is het echt niet veilig om lichamelijk actief te zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	Ongeruste gedachten gingen vaak door mijn hoofd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Ik vind dat mijn rugpijn verschrikkelijk is en ik geloof dat het nooit meer beter zal worden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	Over het geheel genomen heb ik niet genoten van alle dingen waar ik vroeger wel van genoot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	Over het geheel genomen, hoe hinderlijk was uw rugpijn in de laatste 2 weken?				
	<input type="checkbox"/> In het geheel niet (0)	<input type="checkbox"/> Een beetje (0)	<input type="checkbox"/> Matig (0)	<input type="checkbox"/> Erg (1)	<input type="checkbox"/> Extreem (1)

SCOREBEREKENING

Totale uitslag = som vraag 1 t/m 9; Sub Uitslag = som vraag 5 t/m 9

RESULTAAT:

Bij score 1 t/m 9 ≤ 3 = zwak risico;

Bij score 1 t/m 9 ≥ 4 de score van de subuitslag is bepalend voor het risico

Subuitslag: 5 t/m 9 ≤ 3 =middelmatisch risico en 5 t/m 9 ≥ 4 =hoog risico

BIJLAGE 9

VIJF STAPPENPLAN NHG-STANDAARD ASPECIFIEKE LAGERUGPIJN (2017)

Richtlijnen beleid: Vijf stappenplan (NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn 2017)

STAPPENPLAN

Indien de klachten binnen circa 3 weken na het begin van de klachten niet of onvoldoende verbeteren, is intensivering van de behandeling gewenst.

Een leidraad hiervoor is een stappenplan (zie Niet-medicamenteuze behandeling):

- stap 1 voorlichting
- stap 2 uitbreiding van activiteiten
- stap 3 oefen therapie
- stap 4 gedragsmatige behandeling
- stap 5 multidisciplinaire revalidatie

In de vorige versie van de standaard werd voor het beleid een indeling in acute, subacute en chronische aspecifieke lagerugpijn gehanteerd. Bij de herziening is deze indeling in de paragraaf Richtlijnen beleid komen te vervallen, aangezien deze indeling op basis van de klachtenduur in de praktijk moeilijk werkzaam blijkt.

In dit stappenplan is niet alleen de duur van de klachten leidend, maar ook de reactie op de (eerdere) behandeling(en), de motivatie van de patiënt en de aanwezigheid van psychosociale risicofactoren voor een chronisch beloop.

STAP	TOELICHTING
1 Voorlichting en advies (zie uitgebreide tekst onder tabel)	<ul style="list-style-type: none">- Aspecifieke lagerugpijn gaat meestal vanzelf binnen een aantal weken over. Adviseer in beweging te blijven en door te gaan met de dagelijkse activiteiten voor zover de klachten dit toelaten. Bewegen veroorzaakt geen schade.- Beeldvormende diagnostiek is niet zinvol. Er is geen relatie tussen eventueel op de foto zichtbare afwijkingen met ervaren klachten en de eventuele bevindingen hebben geen therapeutische consequenties.- Leg bij chronische klachten uit dat de nadruk bij de behandeling ligt op het omgaan met de klachten en het dagelijks functioneren en niet op het verdwijnen van de pijn.
2 Opbouw van activiteiten (klachtenduur ca. 3-4 weken)	Overweeg een tijdcontingente aanpak indien de klachten binnen circa drie tot vier weken onvoldoende zijn verbeterd. Zie volledige tekst (Bijlage 10) .
3 Oefen therapie (klachtenduur ca. 6 weken)	Een activerende en tijdcontingente aanpak door een fysio- of oefen therapeut heeft de voorkeur.
4 Gedragsmatige behandeling (klachtenduur ca. 12 weken)	Verwijs naar een psychosomatisch fysio- of oefen therapeut voor cognitief-gedrags therapeutische behandeling gericht op verhoging van het activiteitsniveau, verandering van disfunctionele gedachten en het aanleren van copingvaardigheden.
5 Multidisciplinaire revalidatie	Verwijs naar een gespecialiseerd behandel-/revalidatiecentrum bij chronische klachten, indien de patiënt nog niet is teruggekeerd in het arbeidsproces, een hoge ziektelast heeft en psychosociale factoren de klachten vermoedelijk in stand houden.

GEEF VOORLICHTING EN ADVIEZEN OVER DE VOLGENDE PUNTEN.

- Aard van de aandoening
Leg uit dat:
 - de precieze oorzaak van de lagerugpijn onbekend is. De oorzaak zit vermoedelijk in het geheel van spieren, banden en botten in de rug, dat tijdelijk niet optimaal functioneert. Dit kan niet zichtbaar worden gemaakt op een röntgenfoto.
 - pijn bij verandering van houding of beweging niet verontrustend is en niet betekent dat er schade ontstaat.
 - rugpijn vaak voorkomt en meestal vanzelf binnen een aantal weken overgaat. Meer dan de helft van de patiënten krijgt binnen een jaar opnieuw klachten. Maar ook dan gaat de rugpijn vaak vanzelf weer over.
- Mate van activiteiten
 - Adviseer in beweging te blijven en door te gaan met de dagelijkse activiteiten (inclusief werk).
 - Leg uit dat bedrust niet zinvol is. Adviseer bij ernstige klachten enkele dagen zo nu en dan voor enkele uren rust te nemen en daarna geleidelijk de normale activiteiten weer op te pakken, zelfs als de pijn nog steeds hevig is.
- Beeldvormende diagnostiek
 - Leg uit dat lagerugpijn, zonder aanwijzingen voor een specifieke oorzaak, geen reden is om beeldvormende diagnostiek te verrichten. De belangrijkste argumenten hiervoor zijn het ontbreken van een relatie tussen op de foto zichtbare afwijkingen met ervaren klachten en het ontbreken van consequenties voor het beleid (zie Aanvullende diagnostiek).
- Behandeling
 - Leg uit dat: gezien de grote kans op spontaan herstel de behandeling bestaat uit het geven van voorlichting en adviezen gedurende de eerste weken. Bij hevige pijn kan medicamenteuze pijnbestrijding worden overwogen, hoewel de werkzaamheid hiervan waarschijnlijk beperkt is.
 - indien de klachten chronisch zijn geworden, de nadruk bij de behandeling op het omgaan met de klachten en het dagelijks functioneren komt te liggen, in plaats van op het verdwijnen van de pijn (zie Niet-medicamenteuze behandeling).

Bied voorlichtingsmateriaal aan en verwijst naar de informatie over specifieke lagerugpijn op www.thuisarts.nl. De informatie op www.thuisarts.nl is gebaseerd op deze NHG-Standaard.

BIJLAGE 10

TIJDCONTINGENTE AANPAK

Tabel *Tijdcontingente aanpak* (NHG-Standaard *Aspecifieke lagerugpijn 2017*)

TIJDCONTINGENTE AANPAK

- Stel in samenspraak met de patiënt een plan op voor een stapsgewijze, tijdcontingente uitbreiding van belasting en activiteiten, ongeacht de ervaren hinder. Zie:
 - Voorbeeld tijdcontingente advisering
 - Persoonlijk activiteitenplan bij rugklachten (pdf)
- Spreek bij alle stappen in het schema vaste termijnen af.
- Maak de stappen naar herstel concreet met gerichte bewegingstips (zie ook thuisarts.nl):
 - Bespreek hoe de gegeven bewegingsadviezen of oefeningen kunnen aansluiten bij de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven

VOORBEELD TIJDCONTINGENTE ADVISERING		
	GEWENST: TIJDCONTINGENT	ONGEWENST: PIJNCONTINGENT
Bewegen	Blijf bewegen en breid de activiteiten in circa veertien dagen uit naar normaal.	Probeer te lopen als de pijn het toelaat.
Werk/dagelijkse activiteiten	Ga na circa een week weer aan het werk.	Ga aan het werk zodra de pijn het toelaat of over is.
Verwijzing	Ik verwijs u naar de fysiotherapeut voor drie behandelingen. Voer in die periode onder diens begeleiding uw activiteiten geleidelijk op.	Ik verwijs u voor behandeling naar een therapeut.
Controle	Kom na circa drie weken terug, tenzij u dan weer normaal functioneert.	Als het niet gaat, komt u terug.

BIJLAGE 11

DE ZES STAPPEN VAN DE PARTICIPATIEVE AANPAK (PA) OP DE WERKPLEK

Multidisciplinaire leidraad participatieve aanpak op de werkplek 2016



STAP 1: CREËREN VOORWAARDEN EN INITIËREN PARTICIPATIEVE AANPAK

DOEL

Waarborgen van draagvlak voor PA en voldoende middelen om PA uit te voeren en duidelijkheid scheppen omtrent wanneer en door wie de PA wordt ingezet.

AANBEVELINGEN CREËREN (voorwaarden)

- Maak afspraken in de organisatie wanneer de Participatieve Aanpak wel of niet moet worden toegepast:
 - Communiceer deze afspraken binnen de organisatie.
 - Waarborg dat deze afspraken aansluiten bij de huidige wet en regelgeving.
- Geef de PA een plek binnen het arbobeleid en het verzuim- en re-integratiebeleid en pas alle instrumenten hierop aan (integreer formulieren voor PA).
- Zorg voor draagvlak voor de PA in de organisatie (werkgever, management, werkvloer, OR, arbodienst en P&O).
- Protocolleer de uitvoering van PA binnen de organisatie, leg vast wie de aanpak initieert, wanneer de aanpak wordt ingezet, bij wie, wie betrokken en verantwoordelijkheden van betrokkenen.
- Zorg dat betrokken professionals weten in welke situaties de PA moet worden toegepast en zijn getraind in de PA.
- Waarborg dat op organisatieniveau budget beschikbaar is voor de PA; voldoende tijd, financiële middelen of personeel worden ter beschikking gesteld voor de PA; voor het proces en de aanschaf of implementatie van oplossingen.
- Indien gewenst: maak afspraken met betrekking tot het monitoren van gegevens op organisatieniveau zodat de inzet en effect van PA op organisatie niveau gemonitord kan worden.

AANBEVELINGEN INITIËREN (aanleiding voor toepassen PA doet zich voor)

- Toets of de specifieke situatie voldoet aan de afspraken binnen de organisatie voor het inzetten van de PA.
- Wijs een procesbegeleider aan met de juiste competenties (zie uitgangsvraag 4 in achtergronddocument bij Leidraad PA). De procesbegeleider is verantwoordelijk voor het juist verlopen van het proces, voor een optimale communicatie met alle betrokkenen en voor het opstellen van het plan van aanpak en navolgen van de gemaakte afspraken.
- Definieer als procesbegeleider de (belangrijkste) stakeholders en wie wanneer voor welke stap bijeengeroepen wordt⁶.
- Controleer als procesbegeleider voor de start of aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:
 - alle stakeholders staan achter het gebruik van de PA
 - alle stakeholders zijn bereid tot meedoen en volledige inzet
 - alle stakeholders zijn het eens over het doel van de PA; bv het zo snel mogelijk duurzaam aan het werk gaan
 - er is geen sprake van een hoogoplopend arbeidsconflict of lopende juridische procedure
 - er is openheid in het delen van informatie
 - voldoende tijd, financiële middelen of personeel zijn ter beschikking gesteld.
- Controleer als procesbegeleider of de benodigde kennis in het traject aanwezig is of ingeroepen kan worden, zoals kennis op het gebied van organisaties, ergonomie, veiligheid. Deze kennis kan aanwezig zijn in zijn/haar eigen persoon, in de persoon van (interne of externe) experts, of door stakeholders de kennis te geven door middel van training.
- Definieer als procesbegeleider de verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden van betrokkenen met betrekking tot de verschillende processtappen. Beslissingen worden bij voorkeur gezamenlijk genomen door de groep/team.

STAP 2: KNELPUNTEN ANALYSE

DOEL

Belangrijkste stakeholders bereiken consensus over de knelpunten.

AANBEVELINGEN

Gebruik voor deze stap "Formulier knelpuntenanalyse" uit de Leidraad PA.

- Plan als procesbegeleider een bijeenkomst met de belangrijkste stakeholders, bij voorkeur op of vlakbij de werkplek.
- Breng met de stakeholders de functies en taken van de betreffende werknemer(s) met knelpunten in kaart.
- Laat alle stakeholders afzonderlijk van elkaar knelpunten formuleren en bespreek deze vervolgens met elkaar.
- Laat alle stakeholders knelpunten prioriteren en tot consensus komen over de 3 belangrijkste knelpunten die aangepakt gaan worden.
- Waarborg als procesbegeleider een open sfeer waarin iedereen evenveel gehoord wordt en kies geen partij.

6 Bij de aanpak op organisatie niveau zijn de stakeholders vaak divers; vertegenwoordigers van een werknemersgroep, leidinggevende, werkgever, ondernemingsraad ect. Zie voor meer informatie over de specifieke invulling het achtergrond document. Bij de aanpak op individueel niveau zijn de stakeholders vaak de werknemer en de direct leidinggevende, met op de achtergrond de werkgever. Indien er geen werkgever in beeld is kan de aanpak ook worden uitgevoerd. Bekijk voor deze specifieke situatie appendix 6 van de Leidraad PA.

STAP 3: OPLOSSINGEN ANALYSE

DOEL

Belangrijkste stakeholders bereiken consensus over de oplossingen.

AANBEVELINGEN

Gebruik voor deze stap “Formulier oplossingen analyse” uit de Leidraad PA.

- Plan als procesbegeleider een bijeenkomst met de belangrijkste stakeholders, bij voorkeur op of vlakbij de werkplek.
- Laat alle stakeholders afzonderlijk van elkaar oplossingen formuleren per knelpunt en bespreek deze vervolgens met elkaar. Probeer vervolgens in een brainstorm nog nieuwe oplossingen boven tafel te krijgen.
- Laat alle stakeholders oplossingen per knelpunt prioriteren op basis van effectiviteit, beschikbaarheid en haalbaarheid.
- Neem snel te realiseren oplossingen zoveel mogelijk over in het Plan van Aanpak; “quick wins”.
- Waarborg als procesbegeleider een creatief proces waarin zoveel mogelijk oplossingen boven tafel komen zonder rekening te houden met haalbaarheid e.d.
- Stel je als procesbegeleider terughoudend op; je mag oplossingen helpen aandragen vanuit je expertise, maar de keuze ligt bij de stakeholders.

STAP 4: PLAN VAN AANPAK

DOEL

Het formuleren van een duidelijk Plan van Aanpak voor het realiseren van de oplossingen.

AANBEVELINGEN

Gebruik hiervoor het “Formulier Plan van aanpak” uit de Leidraad PA.

- Leg in een plan van aanpak vast wie wat doet en wanneer om de oplossingen te realiseren. Maak afspraken SMART⁷.
- Leg vast wanneer geëvalueerd gaat worden of aan afspraken in Plan van Aanpak voldaan is, bij voorkeur na maximaal 3 weken.

STAP 5: IMPLEMENTATIE

DOEL

Vergroten van de slagingskans van de implementatie van de oplossingen door het bieden van begeleiding en ondersteuning.

AANBEVELINGEN

- Monitor als procesbegeleider of de oplossingen daadwerkelijk geïmplementeerd worden.
- Verzorg (indien nodig) instructie/begeleiding hoe om te gaan met de oplossingen/werk- aanpassingen bij het invoeren van de oplossingen. Doe dit bij voorkeur op de werkplek.
- Maak een afspraak voor de evaluatie.

STAP 6: EVALUATIE

DOEL

Vaststellen of de knelpunten verholpen zijn.

AANBEVELINGEN

- Ga als procesbegeleider na of de oplossingen uit het Plan van Aanpak zijn ingevoerd.
- Indien dit niet het geval is, ga na waarom deze oplossingen (nog) niet zijn ingevoerd.
- Bepaal of de oplossingen daadwerkelijk het knelpunt verholpen hebben.
- Evalueer de inzet van de PA met betrekking tot tevredenheid, aansluiting bij verwachtingen, betrokkenheid en inzet.
- Adviseer stakeholders over eventuele vervolgstappen.

7 SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden.

BIJLAGE 12

AFWEGINGEN VOORTGEZETTE CONSERVATIEVE BEHANDELING EN OPERATIEVE BEHANDELING BIJ LRS

Tabel 4 Afwegingen bij de keuze tussen voortgezette conservatieve behandeling en operatieve behandeling (bij een klachtenduur van gemiddeld twaalf weken)⁸ (NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom 2015)

	VOORTGEZETTE CONSERVATIEVE BEHANDELING	OPERATIEVE BEHANDELING
Interventie	Gedoseerd bewegen, eventueel analgetica en/of fysiotherapie.	Operatie, waarvoor ziekenhuisopname en narcose.
Klachtenbeloop	<p>Gemiddeld (enkele weken) langere klachtenduur dan na operatieve behandeling, waardoor naar verwachting ook later terug in het arbeidsproces.</p> <p>Bij circa 60% van de patiënten met hevige klachten verbeteren de klachten zodanig dat een operatie niet nodig is.</p> <p>40% van de patiënten ondergaat na gemiddeld 20 weken alsnog een operatie vanwege onvoldoende herstel.</p>	<p>Gemiddeld (enkele weken) kortere klachtenduur ten opzichte van voortgezette conservatieve behandeling, waardoor naar verwachting ook eerder terug in het arbeidsproces.</p> <p>3,2% van de patiënten ontwikkelt recidiefklachten, waarvoor een tweede operatie nodig is.</p> <p>Meestal geen invloed op eventueel aanwezige rugpijn.</p>
Herstel na 1 jaar	Na 1 jaar is 95% van de patiënten volledig of bijna volledig hersteld. Dit is vergelijkbaar met de uitkomst na operatieve behandeling.	Na 1 jaar is 95% van de patiënten volledig of bijna volledig hersteld. Dit is vergelijkbaar met de uitkomst na voortgezette conservatieve behandeling.
Complicaties	Gemiddeld langer en meer analgetica (met mogelijke complicaties) nodig dan na operatieve behandeling.	<p>Bloeding (5%), duralek met liquorlekkage (34%), wondinfectie (23%), exploratie van het verkeerde niveau (1,23,3%).</p> <p>Ernstige complicaties met mogelijk (toename van) uitvalsverschijnselen (circa 1%):</p> <ul style="list-style-type: none"> - spondylodiscitis < 1%; - zenuwwortelbeschadiging (0,3%); - liquorfistel (0,1%); - epiduraal hematoom met caudasyndroom (0,10,2%); - retroperitoneale vasculaire laesie (0,05%).

8 Bij de afwegingen zijn waar mogelijk kwantitatieve data gebruikt; op diverse punten zijn echter geen betrouwbare data beschikbaar.

BIJLAGE 13

PERFORMANCE-INDICATOREN

Performance-indicatoren geven de key-issues van de richtlijn weer. Ze laten zien waar het in de richtlijn om gaat en geven daar meetbare normen bij. Bedrijfsartsen kunnen deze indicatoren gebruiken als checklist bij de richtlijn.

PREVENTIE

- 1 Er is beoordeeld of er werkgebonden/persoonsgebonden risicofactoren voor lage rugpijn/LRS zijn.
- 2 Er is beoordeeld of de werkende(n) behoort(en) tot een risicogroep voor lage rugpijn/LRS.
- 3 Er is beleid of een aanpak geadviseerd voor de preventie van lage rugpijn/LRS, gebruikmakend van de opgestelde aanbevelingen.

DIAGNOSE, PROBLEEMORIËNTATIE

- 4 Er is geïnventariseerd welke onderzoeken reeds door de huisarts en andere behandelaars zijn uitgevoerd, welke diagnoses zijn gesteld en welke adviezen de werkende heeft ontvangen.

BEPERKINGEN IN FUNCTIONEREN

- 5 Er is beoordeeld wat de functionele mogelijkheden voor werk zijn, waar nodig eventueel met gebruik van aanvullende meetinstrumenten.

BEROEPSZIEKTE

- 6 Er is beoordeeld of er sprake is van een beroepsziekte.

PROGNOSE

- 7 Er is geïnventariseerd welke prognostische factoren arbeidsparticipatie bij lage rugpijn en/of LRS positief of negatief beïnvloeden.

INTERVENTIES

- 8 Er zijn maatregelen en interventies geadviseerd om de risico- en prognostische factoren die arbeidsparticipatie belemmeren weg te nemen of te verminderen.
- 9 Er is bij aanhoudende klachten een vorm van aanvullende therapie overwogen, op basis van de duur van de klachten én de aanwezige risico- en prognostische factoren en/of het risicoprofiel van de STarT Back Screening Tool.

ADVIES

- 10 Er is een advies gegeven over arbeidsparticipatie bij verzuim door lage rugpijn en/of LRS aan de werkende en/of werkgever.

EVALUATIE

- 11 Er is vastgesteld of er stagnatie van herstel is opgetreden en welke factoren een rol spelen.
- 12 Er zijn maatregelen geadviseerd om de stagnatie van herstel op te heffen.