



Nekklachten in de huisartsenpraktijk: aan het werk ermee.

Sterckx Hanne, KU Leuven

Promotor: Professor Lode Godderis

Master Huisartsgeneeskunde
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

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

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

ABSTRACT

Inleiding - Nekklachten zijn vaak voorkomende klachten in de huisartsenpraktijk. De pijnklachten gaan dan ook geregeld gepaard met een beperking in het dagelijks functioneren en/of arbeidsongeschiktheid. De hoge maatschappelijke kosten die hiermee gepaard gaan worden veroorzaakt door de groep van chronische klachten. Deze omvatten niet alleen het gebruik van de gezondheidszorg, maar ook het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid die hiermee gepaard gaan. Uit een artikel van het tijdschrift voor geneeskunde in 2016, blijkt dat er ongeveer 15% werkonbekwaam is omwille van nekpijn.

Methoden – Enerzijds werd er een literatuurstudie opgezet met als belangrijkste onderzoeksvragen: Wat is de aanpak van een patiënt met nekklachten en hoe kan je deze snel reactiveren? Heeft dit voordelen op lange termijn of niet? Anderzijds werd er een pilootstudie opgezet in de groepspraktijk 'De Flint' te Leuven waaraan vijftien patiënten deelnamen. Hierbij werd de outcome van de nekklachten vergeleken bij twee subgroepen. Eén groep die geen arbeidsongeschiktheid kreeg en een andere groep waarbij er wel een arbeidsongeschiktheid werd voorgeschreven. Daarnaast werd er in de eerste groep meer aandacht gegeven aan reactiveren.

Resultaten – De literatuurstudie toont dat een multimodale aanpak van aspecifieke nekklachten in de huisartsenpraktijk de voorkeur geniet. Dit houdt in dat een beleid met lichaams oefeningen in combinatie met manipulatie of mobilisatietherapie doeltreffender zijn bij aspecifieke nekpijn, dan een aanpak waarbij er slechts op één therapie wordt toegespitst. In de praktijk vonden we dat een beleid waarbij reactivatie op de voorgrond staat zeker geen nadelig effect heeft. Echter een klein voordeel kan men hierbij opmerken. Een tweede resultaat dat men hieruit kan concluderen is dat de verwachting van de patiënt niet altijd bij het ontvangen van een afwezigheidsattest ligt. Maar wel in het informeren, het activeren van de patiënt en het controleren van de symptomen. Hier wacht nog een waaier aan onderzoek om dit verder uit te klaren.

Conclusie – Aspecifieke nekpijn is een vaak voorkomende klacht waarmee volgens literatuuronderzoek nog steeds een grote maatschappelijke kost te paar gaat. Het voordeel van een reactiverende aanpak lijkt zeker zinvol. Daarnaast blijft het bevragen van de verwachtingen van de patiënten een belangrijk onderwerp van de anamnese. Verder onderzoek over een reactiverende aanpak en een verminderde arbeidsongeschiktheid zouden hier zeker zinvol zijn.

Inhoud

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
2. Definitie en epidemiologie	6
3. Methoden	6
3.1 Literatuurstudie	6
3.2 Patiëntenfolder	8
3.3 Praktijk verbeterende studie	8
4. Praktijk verbeterende studie: het protocol	9
4.1 Inclusie- en exclusiecriteria	9
4.2 De 'usual care': controlegroep	10
4.3 De interventie	12
5. Resultaten	13
5.1 Literatuuronderzoek	13
5.2 Patiëntenfolder	16
5.3 Praktijk verbeterende studie	16
6. Discussie	21
7. Besluit	23
8. Dankwoord	24
9. Referenties	24
10. Bijlagen	27

1. Inleiding

Nekklachten zijn vaak voorkomende klachten in de huisartsenpraktijk. Eerst en vooral dient men hier een onderscheid te maken tussen acute, subacute en chronische nekkklachten. Hoewel acute nekkklachten bij vele mensen vanzelf binnen een vier tot zes weken verminderen of verdwijnen, blijven de klachten bij een kleine groep mensen persisteren. Wanneer dergelijke klachten langer dan drie maanden blijven duren, dan spreken we van chronische nekkklachten.¹ De pijnklachten gaan ook geregeld gepaard met een beperking in het dagelijks functioneren en/of arbeidsongeschiktheid. De hoge maatschappelijke kosten die hiermee gepaard gaan worden veroorzaakt door de groep van chronische klachten.^{1,2-4} Deze omvatten niet alleen het gebruik van de gezondheidszorg, maar ook het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid die hiermee gepaard gaan. Uit een artikel in het tijdschrift voor geneeskunde blijkt dat tot 15% arbeidsonbekwaam is omwille van nekpijn.⁵ Borghouts berekende dat in 1996 de maatschappelijke kosten voor een behandeling van nekkklachten in Nederland 686 miljoen dollar bedroeg.²⁻⁴ Enerzijds mijn interesse in de cervicale pathologieën in de huisartsenpraktijk en anderzijds de hiermee samengaannde arbeidsongeschiktheid gaven de aanzet tot het maken van deze masterthesis. Al snel bleek uit literatuuronderzoek dat hier weinig relevante studies over gebeurd zijn in de huisartsenpraktijk. Wat is de aanpak van een patiënt met nekkklachten en hoe kan je deze snel reactiveren? Heeft dit voordelen op lange termijn of niet? Deze interessante deelonderwerpen zullen hierna verder worden uitgediept. Samen met mijn promotor en de collega's in de groepspraktijk waar ik mijn HAIO-schap uitoefende, besloot ik een pilootstudie op te zetten om de aanpak betreffende nekkklachten in de huisartsenpraktijk te vergelijken: *‘Is er een verschillende outcome bij patiënten die geen arbeidsongeschiktheid krijgen en waarbij de dagelijkse activiteiten gestimuleerd worden versus een controlegroep waarbij een standaard ‘usual care’ als beleid gebruikt wordt?’*

2. Definitie en epidemiologie

Wanneer we in de onderstaande tekst spreken over nekpijn dan betreft dit de aspecifieke nekpijn. Deze kan gedefinieerd worden als nekpijn waarbij geen specifieke onderliggende pathologie aan de oorsprong ligt van de pijn. Nekpijn is pijn die zich presenteert in het gebied tussen de eerste thoracale wervel, de laterale aanhechtingen van de musculus trapezius en dat bovenaan begrensd wordt door de basis van de schedel, het occiput.²⁻⁴ Afhankelijk van het verloop in de tijd en het activiteitsniveau van de patiënt, kunnen de symptomen erg verschillen. Elke vorm van acute, subacute of chronische nekpijn, waarbij er geen onderliggende anatomische afwijkingen aanwezig zijn, kan gedefinieerd worden als aspecifieke nekpijn.^{1,5} De prevalentie in de literatuur is zeer variabel. Uit internationale literatuur zien we dat deze voorkomt bij 30% tot 50% van de bevolking.¹⁻⁵ Dit komt ongeveer twee keer zoveel voor bij vrouwen als bij mannen.^{1,3-5}

3. Methoden

3.1 Literatuurstudie

De methoden bestaan uit een systematisch literatuuronderzoek waarbij zowel primaire, secundaire, tertiaire als quaternaire bronnen gebruikt werden. Hieruit werd er getracht een ideale interventie te halen. De vooropgestelde PICO is de volgende. De patiëntenpopulatie betreft de leeftijdscategorie tussen 18 en 99 jaar, de interventie is de aanpak van neklachten in de huisartsenpraktijk. Hierbij zal een vergelijking gemaakt worden tussen de verschillende soorten aanpakken. De outcome die onderzocht werd is de invloed van de duur van de arbeidsongeschiktheid bij de verschillende soorten aanpakken. Eerst werden de richtlijnen en de tertiaire bronnen geraadpleegd. Deze laatste omvatten artikels waarin literatuur gebundeld

werd, zoals bijvoorbeeld clinical evidence. Nadien werden ook primaire en secundaire bronnen gebruikt. De databanken waarin gezocht werden zijn Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Trip database, Guidelines International Network (GIN), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), British Medical Journal (BMJ), National Guideline Clearinghouse (NGC), Cochrane, Pubmed en Medline. De geraadpleegde Belgische bronnen zijn het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Domus Medica, Federale Overheidsdienst (FOD) Gezondheidszorg, het Tijdschrift voor Geneeskunde, Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutisch Informatie (BCFI) en EBM-Practicenet. De gebruikte zoektermen zijn nekpijn, neck pain, radiculaire nekpijn, radicular neck pain, arbeidsongeschiktheid, verminderde arbeidsongeschiktheid, reduce absence, behandeling, treatment, reactiveren, actieve therapie, kinesitherapie, active therapy, manipulation, mobilisation. Deze bronnen werden één voor één geraadpleegd en de relevante artikels werden weerhouden. Exclusiecriteria zijn artikels ouder dan 2006, onderwerpen waarbij de behandeling van nekpijn niet aan bod komt, andere pathologieën, nekpijn veroorzaakt door anatomische onderliggende aandoeningen, nekpijn waarvoor reeds chirurgie werd uitgevoerd en nekpijn in populaties jonger dan achttien jaar. Nekpijn werd hierbij ook steeds als specifieke nekpijn gedefinieerd. Er werden een dertigtal artikels weerhouden. Hieruit werd informatie genoteerd betreffende de bovenstaande onderzoeksvraag. Informatie omtrent definitie en epidemiologie, klinisch onderzoek bij nekpijn, verschillende soorten van beleid, de gekende arbeidsongeschiktheid en de invloed hiervan op het verloop van de klachten werden als relevant beschouwd. De soorten studies die weerhouden werden, waren gekozen op basis van bepaalde kenmerken. Zo werden bijvoorbeeld artikels over meta-analyses, artikels waarvan een peer review gebeurde en artikels die wederkerend geciteerd werden bekeken. Deze artikels werden gelezen en de relevante informatie hieruit werd genoteerd.

3.2 Patiëntenfolder

Naarmate het literatuuronderzoek vorderde werd duidelijk hoeveel belang er wordt gehecht aan het geven van duidelijke en correcte informatie ten aanzien van de patiënt. Naar aanleiding hiervan werd er besloten een patiëntenfolder op te stellen die in de praktijk gebruikt kan worden om de patiënten te informeren en geschreven documentatie mee te geven. Deze werd opgesteld aan de hand van een bestaande patiëntenfolder van het Nederlands Huisartsen Genootschap en aan de hand van het gebeurde literatuuronderzoek.⁶ Deze bestaande folder werd herschreven en belangrijke en nuttige informatie uit het literatuuronderzoek werd geselecteerd en genoteerd.¹⁻⁵ De informatie werd tevens met de praktijkopleider besproken en overlopen.

3.3 Praktijk verbeterende studie

Er gebeurde een praktijk verbeterende studie waarbij er een onderzoek werd opgezet die de standaard 'usual care' bij nekklachten in de groepspraktijk vergelijkt met de interventie. Deze interventie is een actief beleid waarbij reactiveren en het niet voorschrijven van arbeidsongeschiktheid op de voorgrond staat. Het protocol van de 'usual care' werd uitgeschreven aan de hand van de 'World Café' methode in de groepspraktijk. Hierdoor wordt de standaard 'usual care' binnen de praktijk bepaald en deze werd als consensus aanvaard. De 'World Café' methode houdt in dat we in de praktijk met alle aanwezige dokters, dit waren er zes, rond de tafel zijn gaan zitten. Het opzet van de studie werd toegelicht. Nadien kreeg iedereen de kans om na te denken over wat er in een standaard beleid wordt uitgevoerd. Om de beurt mag iedereen een idee naar voren schuiven en deze werden allen genoteerd. Zo bleef dit herhaald worden tot alle ideeën aanbod gekomen waren. Hieruit werd een consensus afgesproken over de aanpak van nekklachten in de huisartsenpraktijk. Deze werd beschreven als

de 'usual care'. Tijdens de studie die ongeveer een achttal maanden zal duren, zullen patiënten met neklachten gerandomiseerd, in de controle (=usual care) dan wel in de interventiegroep, terecht komen. Aan de hand van een vooropgestelde vragenlijst die de patiënten bij het begin van de studie en na vier weken dienen in te vullen, werden de resultaten vergeleken. In deze vragenlijst werd er gepeild naar de verwachtingen van de patiënt, de bekomen behandeling en de tevredenheid hieromtrent. De vragenlijst is in bijlage 5 te raadplegen. De pijnscore die hier bevraagd werd, is de Visual Analog Scale (VAS) waarbij nul geen pijn en tien de meest ernstige pijn die men zich kan inbeelden is. (bijlage 4).⁷ Daarnaast werd gevraagd om de gestandaardiseerde vragenlijst, 'the Neck Disability Index', in te vullen. (bijlage 3)⁸

4. Praktijk verbeterende studie: het protocol

4.1 Inclusie- en exclusiecriteria

Om patiënten te includeren dienen ze geen van de volgende exclusiecriteria te hebben. Deze werden mede bepaald aan hand van de 'World-Café' methode. Deze criteria zijn: patiënten die jonger zijn dan 18 jaar, gekende hoofdpijn veroorzaakt door een bepaalde diagnose (migraine, spanningshoofdpijn), voorgeschiedenis van een maligniteit, voorgeschiedenis van trauma met of zonder structurele aandoeningen in de regio van de nek, schouder en hoofd, symptomen van neurologische aandoeningen, symptomen van cerebrovasculaire insufficiëntie, ernstige chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat zoals polyartritis, spierziekte, systeem pathologie, reumatische aandoening, spinaalkanaalstenose, problemen van het centraal zenuwstelsel, klinische tekens die een urgentie vereisen en de aanwezigheid van een abnormale zwelling in de halsregio. Na het uitvoeren van de anamnese en het gestandaardiseerde klinisch onderzoek zal er bepaald worden of de patiënt in aanmerking komt om deel te nemen aan de studie. Indien dit het geval is, zal de patiënt een 'informed consent'

(zie bijlage 2) voorgelegd worden. Indien deze zijn toestemming voor deelname geeft, zullen de patiënten gerandomiseerd in de twee groepen terecht komen. Het randomiseren gebeurde aan de hand van een Excel-bestand, waarin de deelnemende patiënten genoteerd werden per gerandomiseerd blok. Elke arts kon zo weten tot welke groep de patiënt behoort en nadien het afgesproken protocol volgen. Iedere arts beschikte ten allen tijde over de nodige informatie. Bij vragen of onduidelijkheden omtrent de pilootstudie konden ze steeds bij de hoofdonderzoeker terecht.

4.2 De 'usual care': de controlegroep

De 'usual care' werd door de verschillende onderzoekers samen bepaald aan de hand van de 'World Café' methode. De 'usual care' werd onderverdeeld in drie delen. Het beleid bij acute nekpijn, bij subacute nekpijn en bij chronische nekpijn. Na het uitvoeren van de anamnese en het klinisch onderzoek werd er bepaald tot welke categorie de patiënt toegewezen wordt. De acute nekpijn werd door de onderzoekers gedefinieerd als nekpijn die plots ontstaan is diezelfde dag tot zeven dagen voordien. Subacute nekpijn is pijn die in de afgelopen zeven dagen tot vier weken aanwezig is. Chronische nekpijn werd gedefinieerd als nekpijn die langer dan vier weken aanwezig is. In de uiteindelijke studie zal de 'usual care' van de acute groep vergeleken worden met de interventiegroep.

Het beleid van acute nekpijn volgens de 'usual care' bestond erin uitleg te geven over het ontstaan en het te verwachten verloop van de klachten. Analgetica werden opgestart gedurende de eerste week. Afhankelijk van wat de patiënt al geprobeerd heeft zou er gestart worden met zeven dagen Paracetamol één gram, drie dagdosissen of Ibuprofen 600mg, drie dagdosissen. Indien er contra-indicaties zouden zijn voor één van de voorgaande analgetica kon er gekozen worden voor Zaldiar of Tradonal gedurende een week. Warmte leggen in de hals door middel van een kersenpitkussen of een warme handdoek rond de nek werd aangeraden.

Daarnaast werd bewegen toegestaan binnen de pijngrenzen van de patiënt. Contact- en competitieporten werden verboden. Intensieve sport werd eveneens afgeraden. De patiënt werd verzocht auto-massage uit te voeren. Er werd een totaal van vijf dagen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven met eventuele weekend- en/of verlofdagen inclusief. Er werd geen kinesitherapie opgestart. Er werd eveneens niet verwezen naar een specialist, noch beeldvorming zou worden aangevraagd. Indien de pijn langer dan één week bleef bestaan dient de patiënt zich opnieuw aan te bieden voor een herconsultatie.

Het beleid bij subacute nekpijn volgens de definitie van de onderzoekers bestond erin Analgetica te geven indien de patiënt hierom vraagt of indien de arts dit nodig acht. Hierbij werd gekozen voor Tradonal of Zaldiar. Wanneer de patiënt zich voor het eerst bij de arts presenteert, kon er eveneens voor Paracetamol en Ibuprofen gekozen worden. Warmte leggen bleef men aanraden, net zoals in de acute fase. Men gaf uitleg aan de patiënt in verband met bewegen en in beweging blijven. Men zou aanraden de ergonomie aan te passen indien deze niet optimaal was. Hierbij kon men eventueel de gezondheidsadviseur van het werk betrekken. Deze adviseur kan zowel een arbeidsgeneesheer, als een preventieadviseur op de werkvloer zijn. Recreatief sporten werd toegelaten en intensief sporten kon binnen de mogelijkheden van de patiënt plaatsvinden. Er werd kinesitherapie opgestart (negen sessies) waarbij men de indicatie noteerde. Op dit voorschrift noteerde men mobilisatie, houdingsadvies en stabilisatieoefeningen of koos men ervoor de kinesitherapeut vrij te laten in zijn behandeling. Er werd in deze fase geen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven en er werd geen beeldvorming aangevraagd.

Bij het beleid van chronische nekpijn volgens de definitie van de onderzoekers maakt men een onderscheid tussen de patiënten die de voorgaande stadia reeds hebben doorlopen versus de patiënten die zich 'de novo' aanbieden bij de huisarts met de klacht van nekpijn langer dan

vier weken. Bij deze eerste groep zou men navragen wat de desbetreffende kinesitherapeutische behandeling inhield. Men zou eveneens nagaan of er ergonomische maatregelen genomen werden. Indien dit niet gebeurde zal men deze alsnog doorvoeren. Indien al het voorgaande reeds gebeurde, zal de patiënt doorverwezen worden naar fysieke geneeskunde. Nieuwe patiënten met chronische nekpijn zullen geen analgetica krijgen. Net zoals bij de subacute vorm werd een behandeling door een kinesitherapeut opgestart. Hierbij zou men opnieuw belang hechten aan de ergonomie op het werk en thuis. Er werd geen beeldvorming voorgeschreven, desalniettemin werd de patiënt aangespoord om warmte te leggen, actief te bewegen en te sporten. Er werd geen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven bij deze groep.

4.3 De interventie

De interventie werd aan de hand van het literatuuronderzoek bepaald. De interventie vond plaats in de acute fase waarbij de klachten tussen nul en zes weken aanwezig waren. Hierbij werd er geen onderscheid gemaakt tussen acuut en subacuut. Iedereen kreeg dezelfde behandeling en hetzelfde beleid. Eerst en vooral bestaat deze interventie uit duidelijke uitleg geven over het ontstaan van de klachten en het te verwachten verloop hiervan. Een goede communicatie met de patiënt is hierbij van uiterst belang.⁹⁻¹⁰ Enkele tips noteren kan hierbij nuttig zijn. Hiernaast zou er, indien de patiënt dit wenste, gedurende een week analgetica worden opgestart, dit om de beweeglijkheid en het dagelijkse functioneren van de patiënt te verbeteren. Hierbij mochten de onderzoekers kiezen tussen Paracetamol gedurende zeven dagen aan de maximale dosis of Ibuprofen. Bij heel hevige pijn kon er gekozen worden voor Tradonal of het combinatiepreparaat Zaldiar. Er werd geen medische beeldvorming aangevraagd. Daarnaast zouden er ergonomische maatregelen genomen worden op het werk en in de vrije tijd. Dit aan de hand van tips en het inschakelen van de desbetreffende

verantwoordelijke persoon op de werkvloer. Er werd geen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven. Lichte fysieke activiteit en actieve oefentherapie werden aangemoedigd om de kracht en het uithoudingsvermogen van het musculoskeletaal stelsel te verbeteren.¹⁰⁻¹² Een multimodale behandeling door een kinesitherapeut werd voorgeschreven waarbij de nadruk lag op mobilisatie, oefentherapie en manuele therapie indien er geen contra-indicaties aanwezig waren.¹² Het behoud van lichamelijke activiteit en een vroegtijdige werkhervatting vraagt om een goede communicatie met de patiënt. Regelmatige herevaluatie kan hiertoe bijdragen indien de patiënt dit wenste. Wanneer de klachten langer dan zes weken aanwezig waren en de voorgaande maatregelen geen verbetering gaven zou men nagaan of een verwijzing al dan niet nuttig kon zijn.¹⁰

Beleid	Usual care in acute fase	Interventie
Informatie	v	v
Pijnmedicatie	v	v
Warmte leggen	v	x
Bewegen binnen de pijngrenzen	v	v
TAO van > 3 dagen	v	x
Sport en fysieke activiteit	x	v
Kinesitherapie	x	v
Verwijzing naar specialist	x	x
Beeldvorming	x	x
Ergonomie op het werk	x	v

*Figuur 1: Vergelijking beleid. (v = aanwezig, x = niet aanwezig)*TAO=totale arbeidsongeschiktheid*

5 Resultaten

5.1 Literatuuronderzoek

Uit de literatuurstudie kan men verschillende sub-onderwerpen onderscheiden. Eerst en vooral is het van belang om vanuit een goede anamnese en klinisch onderzoek de juiste diagnose te stellen. Er zijn echter weinig studies die dit gedetailleerd bespreken. Aspecifieke

nekpijn blijft een vaag onderwerp. Wel tracht men door het nagaan van de 'rode vlaggen' een onderscheid te maken tussen het al dan niet aanwezig zijn van radicaire aandoeningen. Deze rode vlaggen zijn de klinische tekens die de waarschijnlijkheid van een radicaire prikkeling groter maken. De aanwezigheid hiervan moet worden uitgesloten om de diagnose van aspecifieke nekpijn te kunnen stellen.^{1,5,10,19} De anamnese begint met het peilen naar de hulpvraag van de patiënt. Nadien gaat men proberen om het ontstaan en het verloop van de klachten in de tijd te situeren. Navragen welke activiteiten nog mogelijk zijn en welke niet meer, geven een idee over de impact op het dagelijks functioneren van de patiënt. Verder kan men in de anamnese de aard en ernst van de klachten nagaan op het moment van consulteren. Hoe de klachten ontstaan zijn, zal eveneens bevraagd worden. Hierna zal men de persoonlijke factoren die mogelijks hebben bijgedragen tot het ontstaan van de klachten trachten te bepalen. Zowel fysieke als psychosociale factoren kunnen hierbij aan bod komen. Daarnaast zal men ook nagaan of er factoren zijn die de klachten positief, dan wel negatief hebben beïnvloed. Dit kan van belang zijn voor de verdere diagnostiek en het resultaat van de behandeling.^{1,3-5} Ook opvattingen of ideeën die de patiënt heeft over zijn klachten en mogelijke oorzaken blijken nuttig te bevragen.⁸ Wanneer de anamnese volledig werd uitgevoerd, gaat men over tot een klinisch onderzoek. Ook hier is er weinig literatuur over het exacte verloop van een degelijk klinisch onderzoek. Het klinisch onderzoek start steeds met een inspectie van de patiënt. Houding, opvallende kenmerken, symmetrie en afwijkingen kan men hierbij al opmerken. Nadien kan men overgaan tot het onderzoek van de gewrichtsfuncties, de spierfuncties en neurologische functies. De mobiliteit en de beperkingen van de mobiliteit kunnen worden vergeleken. Palpatie van gewrichten, spieren en arteries volgen hierop in het onderzoek.⁸ Ook aan de hand van het klinisch onderzoek kan men rode vlaggen trachten te onderscheiden, bijvoorbeeld door de test van spurling, een valsalva manoeuvre of een abductie van de schouder

uit te voeren.¹ Daarnaast is er in de literatuur weinig bewijskracht terug te vinden wat betreft de prognose na het vaststellen van degeneratief lijden op radiografische opnames. De meerwaarde van radiografie is dan ook beperkt volgens de literatuur.¹ Enkel in bepaalde omstandigheden kan beeldvorming bijdragen tot bijkomende informatie. Bijvoorbeeld wanneer de klachten langer dan vier tot zes weken duren of wanneer er sprake is van de aanwezigheid van rode vlaggen.^{1,5} Om de beperkingen in het dagelijks functioneren door de nekkachten goed te kunnen inschatten wordt er in de literatuur regelmatig gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde vragenlijst: De 'Neck Disability Index' (bijlage 3).⁷ Deze geeft een inschatting van de mogelijkheden of de beperkingen van een patiënt met nekkachten. Alsook wat betreft de behandeling is de literatuur niet altijd even duidelijk. De studies die gebeurd zijn, zijn onvoldoende gedetailleerd beschreven, de patiëntenpopulatie verschilt en de gebruikte technieken worden niet nauwkeurig weergegeven. Uit dit literatuuronderzoek blijkt dat een multimodale aanpak waaronder lichaams oefeningen in combinatie met manipulatie of mobilisatietherapie doeltreffend zijn bij chronische aspecifieke nekpijn, zowel wat betreft pijn als functionaliteit. Hierbij gaat het over therapie gedurende de eerste drie maanden.^{1,3-4,15-17} Informatie over welke oefeningen effectiever zouden zijn dan andere werd niet gespecificeerd. Lichaams oefeningen onder toezicht van een zorgverlener kunnen doeltreffend zijn bij de behandeling van aspecifieke acute en chronische nekpijn. Echter hierbij is het niveau van bewijskracht minder groot.^{1,3-5,15,17,19} Uit literatuuronderzoek blijkt dat versterkende oefeningen, stretchen, proprioceptieve oefeningen en dynamische weerstandsoefeningen doeltreffend kunnen zijn.^{1,8,12,15,19} Het voordeel van oefeningen thuis of in groep, en het voordeel van nekschool worden door de wetenschappelijke literatuur niet ondersteund, dit vermoedelijk door gebrek aan voldoende studies.¹ Massage en cervicale tractie worden in de literatuur als niet doeltreffend weerhouden, dit vooral gezien de beperkte studies.^{1,18} Over de duur van

arbeidsongeschiktheid zijn er geen bewijskrachtige studies aanwezig. Wel blijkt uit de literatuur dat nekpijn een belangrijke bron van werkverzuim en zo ook een hoge maatschappelijke kost met zich meedraagt.^{1,3-5} Verder onderzoek hieromtrent lijkt me dan ook aangewezen.

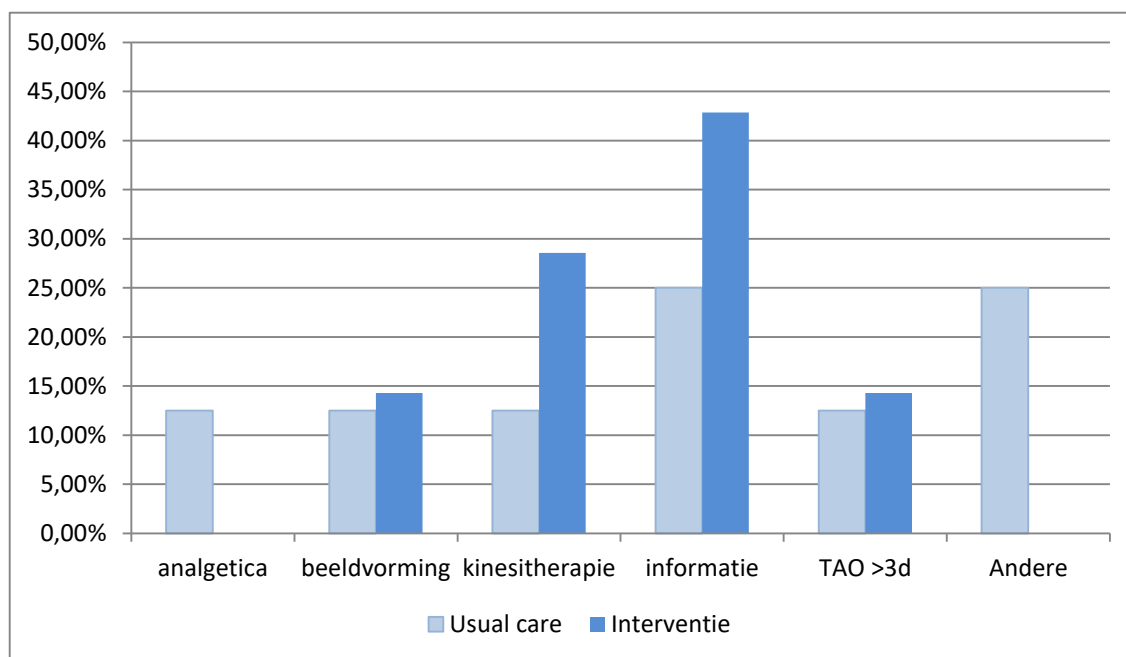
5.2 Patiëntenfolder

De patiëntenfolder is een informatiebrochure voor patiënten. Hierbij is het de bedoeling informatie in een geschreven vorm over te brengen. De inhoud werd opgesteld aan de hand van een bestaande patiëntenfolder van het NHG.^{6,13-14,17,19} Ze werd herschreven en de informatie die belangrijk is voor patiënten werd hierin beknopt neergeschreven. De patiëntenfolder legt eerst uit wat nekpijn is, gevolgd door de mogelijke oorzaken van nekpijn. Nadien wordt het belang van onmiddellijke beeldvorming besproken. Er staan adviezen in die de patiënt kan opvolgen wanneer deze last heeft van nekpijn en de plaats van pijnstillers in de behandeling wordt besproken. Tot slot worden er enkele gouden regels weergegeven, gevolgd door de alarmsymptomen. Hieruit zou duidelijk moeten zijn wanneer ze hun arts dienen te raadplegen. De patiëntenfolder is in bijlage 6 te raadplegen.

5.3 Praktijk verbeterende studie

Van de vijftien deelnemers was er 26.67% (n=4) mannelijk en 73.33% (n=11) vrouwelijk. De leeftijdscategorieën werden onderverdeeld. 13.3% (n=2) was tussen 18 en 25 jaar, 26.67% (n=4) was tussen de 26 en de 35 jaar, 26.67% (n=4) was tussen de 36 en de 45 jaar, 26.67% (n=4) was tussen de 46 en de 55 jaar en 6.67 % (n=1) was tussen de 56 en de 65 jaar. Er waren geen deelnemers ouder dan 66 jaar. De beroepsstatus van de deelnemers verschilde eveneens. 60% had een bediende statuut, geen enkele van de deelnemers was arbeider, 26.67% (n=4) waren zelfstandigen, 6.67% (n=1) waren studenten en 6.67% (n=1) waren gepensioneerden. Er waren geen deelnemers die langdurig afwezig waren wegens ziekte. Op de vraag of men bij zijn eigen

huisarts was langsgeslagen antwoordde 53.33% (n=8) ja en 46.67% (n=7) nee. Bij deze laatste groep werd er een onderverdeling gemaakt waarom ze niet bij de eigen huisarts gingen. Een eerste groep van 14.29% (n=1) ging bij een collega van de vaste huisarts, 28.57% (n=2) ging bij een sportarts, 42.86% (n=4) kwam bij een andere arts omdat deze sneller beschikbaar was en 14.29% (n=1) kwam bij een andere arts omdat het uur beter uitkwam. Op de vraag of men in het verleden al eens nek- en of rugklachten heeft gehad antwoordde 60% (n=9) ja en 40% (n=6) nee. De volgende vraag betreft de duur van de klachten. Bij 20% (n=3) waren de klachten minder dan drie dagen aanwezig. Bij 60% (n=9) waren de klachten tussen drie dagen en een week aanwezig, bij 13.33% (n=2) waren de klachten tussen een week en zes weken aanwezig en bij 6.67% (n=1) waren de klachten langer dan zes weken aanwezig. Bij het bevragen van de verwachtingen van de patiënt bij het maken van de afspraak voor een consultatie antwoordde 6.67% (n=1) van de totale populatie dat dit voor een voorschrift voor pijnmedicatie was. 13.33% (n=2) antwoordde dat ze een voorschrift voor een foto of scanner wouden, 20% (n=3) verwachtte een voorschrift voor kinesitherapie, 13.33% (n=2) verwachtte een arbeidsongeschiktheidsattest van langer dan drie dagen. 33.33% (n=5) wou graag meer uitleg over het ontstaan en het verloop van de klachten. 13.33% (n=2) beantwoordde andere. Hierbij gaf iemand te kennen dat ze een oorzaak van haar neklachten wou weten en een voorschrift voor kinesitherapie verwachtte en nog iemand anders gaf te kennen dat ze tips wou om de symptomen te bestrijden. Wanneer de verwachtingen per groep worden vergeleken zien we dat in de controlegroep 12.5% (n=1) een voorschrift voor pijnmedicatie verwacht, 12.5% (n=1) een voorschrift voor beeldvorming verwachtte, 12.5% (n=1) een voorschrift voor kinesitherapie verwachtte, 12.5% (n=1) een totale arbeidsongeschiktheid verwachtte langer dan drie dagen, 25% (n=2) informatie omtrent de klachten verwachtte en 25% (n=2) antwoordde andere. In de



Figuur 2: Verwachtingen van de patiënt

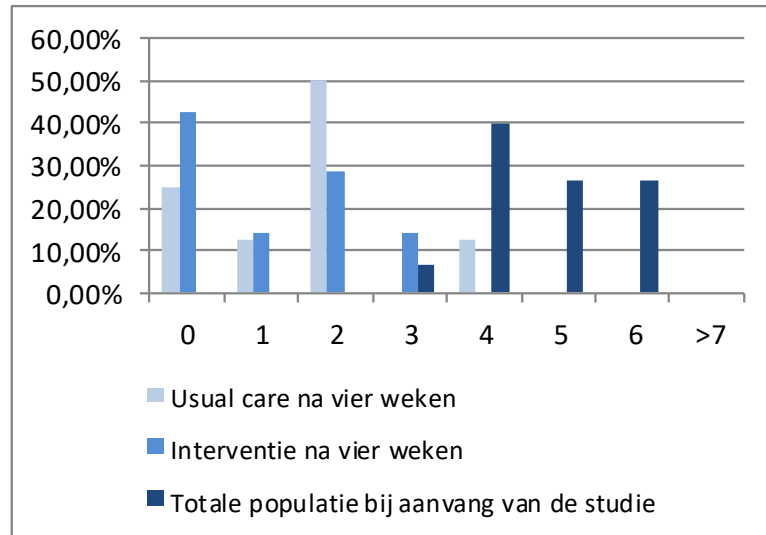
interventiegroep waren de verwachtingen bij 14.29% (n=1) een voorschrift voor beeldvorming, bij 28.57% een voorschrift voor kinesitherapie, bij 14.29% (n=1) een totale arbeidsongeschiktheid langer dan drie dagen en bij 42.86% (n=3) was dit het ontvangen van meer informatie omtrent de nekklachten. (Figuur 2) Op de vraag of de arts de verwachting heeft ingelost antwoordde 66.67% (n= 10) ja en 33.33% (n=5) nee in de totale populatie. Bij deze laatste groep was er 40% (n=2) dat geen voorschrift voor een foto of scanner gekregen had, 20% (n=1) dat geen kinesitherapievoorschrift had gekregen, 20% (n=1) had geen afwezigheidsattest gekregen en 20% (n=1) had wel een afwezigheidsattest gekregen maar voor een kortere duur

Niet ingeloste verwachtingen	Usual care	Interventie
Geen beeldvorming	12.5%	14.29%
Geen kinesitherapie	12.5%	/
Geen afwezigheidsattest	/	14.29%
Geen afwezigheidsattest van de gewenste duur	12.5%	/

dan verwacht.
(figuur 3)

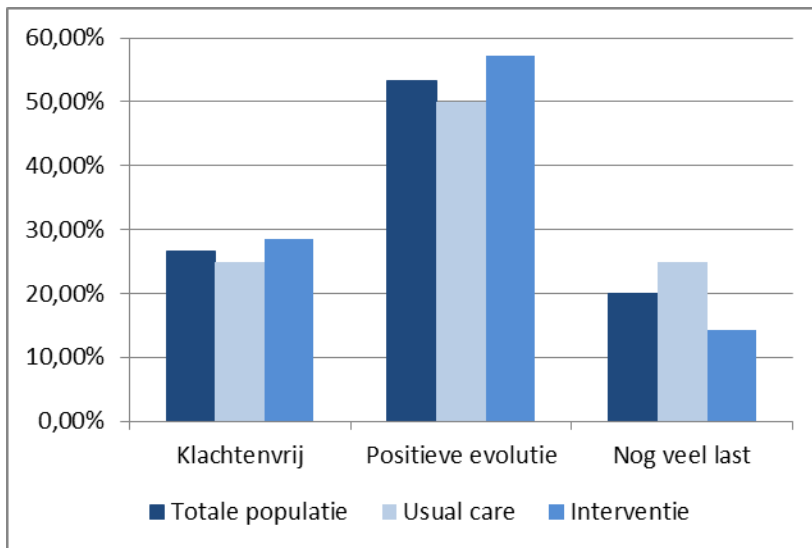
Figuur 3: Niet ingeloste verwachtingen

Op de VAS-pijnscore scoorde niemand van de totale populatie een score van twee of lager. 6.67% (n=1) scoorde 3 punten, 40% (n=6) scoorde 4 punten, 26.67% (n=4)



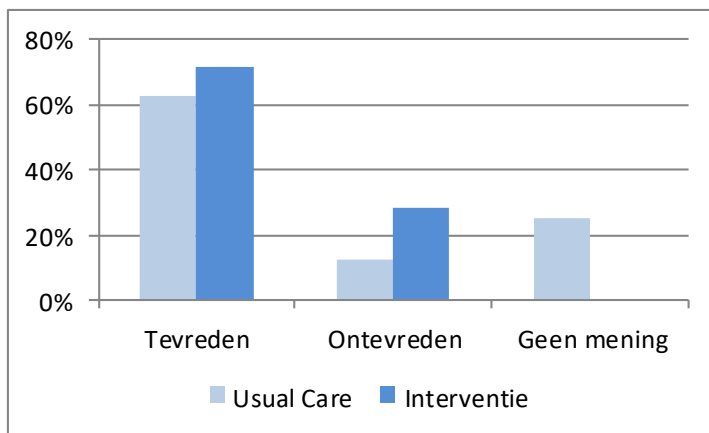
Figuur 4: VAS-pijnscore

scoorde 5 punten, 26.67% (n=4) scoorde 6 punten en niemand scoorde hoger dan 6 op de VAS-pijnscore tabel. Na vier weken scoorde in de controlegroep 25% (n=2) nul op de pijnscore, 12.5% (n=1) scoorde één, 50% (n=4) scoorde twee op de pijnscore, niemand scoorde drie en 12.5% (n=1) scoorde vier. Niemand scoorde hoger dan vier op de VAS-pijnscoretabel. In de interventiegroep scoorde na vier weken 14.29% (n=1) een score van drie, 28.57% (n=2) een score van twee, 14.29% (n=1) een score van één en 42.86% (n=3) een score van nul. Bij de bevraging na vier weken waren bij de controlegroep bij 25% (n=2) de klachten volledig verdwenen, bij 50% (n=4) evolueerden ze in de goede richting en bij 25% (n=2) gaat het iets beter, doch is er nog veel last aanwezig. (figuur 4) In de interventiegroep zien we bij 57.14% (n=4) de klachten evolueren in de goede richting, bij 28.57% (n=2) de klachten volledig verdwijnen en bij 14.29% (n=1) gaat het beter, doch is er nog veel last aanwezig. (figuur5)



Figuur 5: Evolutie van nekklasten

In de controlegroep werd bij iedereen een totale arbeidsongeschiktheid (TAO) voorgeschreven van langer dan drie dagen, bij 37.5% (n=3) werd kinesitherapie voorgeschreven en bij 75% (n=6) werd er pijnmedicatie voorgeschreven. Niemand kreeg een voorschrift voor een foto of scanner en er werd niemand verwezen naar een specialist. Bij het bevragen van de tevredenheid van de patiënt scoort de controlegroep voor 62.5% (n=5) goed en 25% (n=2) heeft geen mening, 12.5% (n=1) gaf aan ontevreden te zijn over de behandeling. Wanneer we de controlegroep gaan vergelijken met de interventiegroep zien we dat er daar weinig verschil aanwezig is in het verloop van de klachten. Wat de tevredenheid van de patiënten in de interventiegroep betreft zien we dat 71.43% (n=5) tevreden was over het consult, dat 28.57% (n=2) geen mening had en dat niemand ontevreden was over de consultatie. (figuur 6) Een discreet voordeel ten aanzien van de interventiegroep zou dus gesuggereerd kunnen worden, doch echter meer onderzoek zal dit moeten uitwijzen.



Figuur 6: Tevredenheid van patiënten

6 Discussie

Bij aanvang van de studie gebeurde het literatuur onderzoek. Hieruit konden er bepaalde hypothesen naar voor gebracht worden en konden deze met de resultaten uit de pilootstudie vergeleken worden. Opvallend uit de literatuur is de grote arbeidsongeschiktheid die gepaard gaat met neklachten.¹⁻⁵ Echter uit de pilootstudie blijkt dat de verwachting van een afwezigheidsattest krijgen langer dan drie dagen lager is dan men zou verwachten. Slechts 13.33% verwachtte een arbeidsongeschiktheid van langer dan drie dagen.(figuur2) Dit toont nogmaals het belang van het navragen van de verwachtingen van de patiënt. Daarnaast werd er tevens de verwachting gesteld dat een activerend beleid, hier overeenkomend met de interventie, een beter outcome zou hebben dan de 'usual care'. Over het algemeen kan er gesteld worden dat de pijnscores bij aanvang van de studie betrekkelijk hoger lagen, dan vier weken na het opstarten hiervan. Of dit dan wel door de arbeidsongeschiktheid, dan wel door andere factoren werd beïnvloed, is moeilijk na te gaan. Men zou een discreet voordeel ten aanzien van de interventiegroep kunnen weerhouden, doch deze studie is te klein en de resultaten zijn niet significant om dit te kunnen concluderen.

Om te antwoorden op de onderzoeksvraag, namelijk of de duur van de arbeidsongeschiktheid deel uit maakt van de evolutie van de klachten is een ander opzet van

studie nodig. Bij deze studie spelen er teveel andere factoren een rol. Niet alleen de arbeidsongeschiktheid verschilde bij de twee onderzoeksgroepen, ook de rest van het beleid was licht verschillend. In de interventie werd er meer aandacht besteed aan het activeren van patiënten, dit gebeurde in de controlegroep veel minder. Hierdoor meten we dus de invloed van de arbeidsongeschiktheid, maar tevens ook de invloed van het activerend beleid. Een alternatief om deze invloedrijke factoren meer uit te sluiten, zou zijn om deze studie op te zetten in verschillende huisartsenpraktijken waarbij het aantal patiënten dat kan deelnemen aan de studie veel groter is en waarbij een activerend beleid vergeleken wordt met een activerend beleid zonder arbeidsongeschiktheid. Wanneer men dan twee groepen zou opstellen die exact hetzelfde beleid hanteren en waarbij enkel de duur van de arbeidsongeschiktheid verschilt, dan kan men hier significante conclusies uit trekken. In de praktijk merkte ik vaak dat de arbeidsongeschiktheid die de patiënt verwachtte ook afhing van het soort beroep dat men uitoefent. Bij zelfstandigen bijvoorbeeld werd er een weerstand ten opzichte van arbeidsongeschiktheid opgemerkt, net zoals bij studenten en mensen waarbij er een hoge werkdruk is. Daarnaast waren er andere patiëntenpopulaties die hier meer voor openstonden. Een andere beperking van de studie was dat de beroepen van de deelnemers niet gespecificeerd werden. Het is dus niet mogelijk conclusies of hypothesen op te stellen die een verband tussen bepaalde beroepen en neklachten weergeven. Hieruit zouden eventueel nog andere inzichten aan bod kunnen komen. Verder komt er uit de bevraging geen opvallend resultaat wat betreft patiënten die eerder een sportarts, dan wel hun eigen huisarts bezoeken voor dergelijke musculoskeletale klachten.

Omdat dit een praktijk verbeterende studie is, is het hier een voordeel om te zien dat activatie in het beleid zeker geen nadeel heeft. Dit was tevens in het literatuuronderzoek naar boven gekomen.^{1,3-5,8} Toch merkte ik in de praktijk dat vóór de pilootstudie werd opgezet het

beleid zeer verschillend werd ingevuld door verschillende collega's. Naar aanleiding van dit onderzoek kan men nu ook in de praktijk werken rond een bestaand protocol. Verder onderzoek naar de arbeidsongeschiktheid bij nekklachten in de huisartsenpraktijk is dus nog een onderwerp waarbij uitgebreidere studies nodig zijn om hier een beter zicht op te krijgen.

7 Besluit

Tijdens deze studie is het duidelijk geworden dat het goed informeren van patiënten van cruciaal belang is. Naar aanleiding daarvan besloot ik een patiëntenfolder te maken over nekklachten. Dit kan een ondersteuning bieden in onze praktijk, telkens er iemand komt met dergelijke klachten. Uiteraard blijft de mondelinge uitleg zeer belangrijk, maar een dergelijke folder kan als ondersteuning zeker bijdragen tot het goed informeren van de patiënt. Hierin kan men uitleg vinden over het ontstaan van de klachten, alarmsignalen die aanwezig kunnen zijn en tips om nekklachten te voorkomen. Deze werd gebaseerd op de patiëntenfolder van het NHG. Een tweede project dat ik hierna oprichtte was een samenwerking met een fysiotherapeutenpraktijk. De bedoeling is om drie maandelijks een informatieavond te organiseren voor patiënten betreffende rugklachten. Deze bevat informatie over de anatomie, het normaal functioneren van de wervelkolom en hoe deze zo weinig mogelijk te belasten in het dagelijkse leven. Zowel de anatomie als de ergonomie komt hierbij aan bod. Dit geeft de mogelijkheid aan artsen om patiënten door te verwijzen en zo correcte en doelgerichte informatie te verlenen. Dit met het doel om zowel preventief als curatief de wervelkolomklachten aan te pakken. Een samenwerking met praktijk Multizorg De Vaart werd hier geïnitieerd.

8 Dankwoord

In dit dankwoord wil ik graag mijn promotor Professor Lode Godderis bedanken voor het begeleiden van deze masterthesis en het nalezen hiervan. Ook wil ik graag de patiënten bedanken die hebben deelgenomen aan deze studie. Daarnaast bedank ik Kristof Servranckx voor het nalezen van deze masterthesis en om onze samenwerking betreffende de kinesitherapeutenpraktijk mogelijk te maken. Tenslotte ook een dankjewel aan mijn collega's in de praktijk die deze studie mee mogelijk gemaakt hebben.

9 Referenties

1. G. Tsakitzidi, R. Remmen, L. Peremans, P. Van Royen, C. Duchesnes, D. Paulus, M. Eyssen. Aspecifieke nekpijn: diagnose en behandeling; 2009. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20091027354.pdf. Geraadpleegd 10 april 2018.
2. Hogg-Johnson S, van der Velde G, Carroll LJ. The e burden and determinants of neck pain in the general population. Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine. 2008;33.
3. National Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline summary: The treatment of neck pain-associated disorders and whiplash-associated disorders: a clinical practice guideline. National Guideline Clearinghouse (NGC). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 1 oktober 2016. Beschikbaar via: <https://www.guideline.gov> Geraadpleegd 10 Mei 2017.
4. National Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline summary: Neck pain: revision 2017. National Guideline Clearinghouse (NGC). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 1 juli 2017. Beschikbaar via: <https://www.guideline.gov>. Geraadpleegd op 10 April 2018.
5. W. Vlassenbroeck, W. Huyse, k. De cock, T. ParleVlieT. Algemene benadering van cervicalgie. Tijdschrift voor Geneeskunde, 72, nr. 4, 2016. Pagina 243.
6. Patiëntenfolder van Nederlandse Huisartsen Genootschap. (NHG) 30 juli 2012 Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/nekpijn/ik-heb-nekpijn>. Geraadpleegd op 31 maart 2018.
7. Vas pijnscore. Beschikbaar via: <https://www.etz.nl/Specialisme/Anesthesiologie/Pijnscore-meten>. Geraadpleegd op 10 april 2018.

8. Tina Juul, Karen Sjøgaard, Aileen M. Davis, Ewa M. Roos. Psychometric properties of the Neck Outcome Score, Neck Disability Index, and Short Form–36 were evaluated in patients with neck pain. *Journal of clinical epidemiology*. November 2016, Volume 79, Pages 31–40.
9. M.A.M.B. Heemskerk J.B. Staal S.M.A. Bierma-Zeinstra G. de Haan L.H.A. Hagenars K. Lanser D.A.W.M. van der Windt R.A.B. Oostendorp H.J.M. Hendriks. KNGF-richtlijn Klachten aan de arm, nek en/of schouder (KANS). *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* Jaargang 120, Nummer 1, 2010 Update klinimetrie 2017.
10. National Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline summary: ACR Appropriateness Criteria® chronic neck pain. National Guideline Clearinghouse (NGC). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 1 januari 2013. Beschikbaar via: <https://www.guideline.gov>. Geraadpleegd op 10 april 2018.
11. National Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline summary: Cervical spine injury medical treatment guidelines. National Guideline Clearinghouse (NGC). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 3 februari 2014. Beschikbaar via: <https://www.guideline.gov>. Geraadpleegd op 10 april 2018.
12. Gross A, Langevin P, Burnie SJ, Bédard-Brochu MS, Empey B, Dugas E, Faber-Dobrescu M, Andres C, Graham N, Goldsmith CH, Brønfort G, Hoving JL, LeBlanc F. Manipulation and mobilisation for neck pain contrasted against an inactive control or another active treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 23 september 2015. Beschikbaar via: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004249.pub4/full>. Geraadpleegd op 10 mei 2017.
13. Gross A, Forget M, St George K, Fraser MMH, Graham N, Perry L, Burnie SJ, Goldsmith CH, Haines T, Brunarski D. Patient education for neck pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 14 maart 2012. Beschikbaar via: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005106.pub4/full>. Geraadpleegd op 10 mei 2017.
14. Aas RW, Tuntland H, Holte KA, Røe C, Lund T, Marklund S, Moller A. Workplace interventions for neck pain in workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 13 april 2011. Beschikbaar via: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008160.pub2/abstract>. Geraadpleegd op 10 mei 2017.
15. N. Lemeunier, P. Côté, K. Murnaghan, M. Nordin, H. Shearer, M. Suri, D. Sutton, P. Welsh, J. Wong. Reliability and validity of neck muscle strength and endurance tests for the assessment of patients with neck pain and its associated disorders: a systematic review and update of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorder. 2 februari 2016. Beschikbaar via: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42016033900. Geraadpleegd op 10 mei 2017.
16. Pernilla Åsenlöf (Chair), Stefan Bergman, Gunnar Bergström, Birgitta Grahm, Peter Michaelson. Acute neck and back pain: preventive interventions Effects of physical training, manual treatment and cognitive behavioral interventions. Februari 2016. Beschikbaar via:

http://www.sbu.se/contentassets/fc9b009a51834b69b2dbc25f80fef475/acute_neck_back_pain_preventive_interventions_2016.pdf

f. Geraadpleegd op 10 mei 2017.

17. Erik Plat, M Scherer, C. van Weel. De behandeling van aspecifieke nekkachten. 10 december 2007. Beschikbaar via huisarts en wetenschap: <https://www.henw.org/artikelen/de-behandeling-van-aspecifieke-nekkachten>. Geraadpleegd op 30 maart 2018.

18. Lucie Brosseau e. a. Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines on therapeutic massage for neck pain. *Journal of bodywork and movement therapies*. July 2012, Volume 16, Issue 3, Pages 300–325.

19. Arianne P. Verhagen, Sharon van Ruiven en Siep Thomas. STAND VAN ZAKEN Diagnostiek en behandeling van nekpijn. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2009;153. B169.

20. P.R. BLANPIED, e.a. Neck Pain: Revision 2017 Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 2017; Volume 47(7):A1-A83.

21. National Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline summary: An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part II: guidance and recommendations. National Guideline Clearinghouse (NGC). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 1 april 2013. Beschikbaar via: <https://www.guideline.gov>. Geraadpleegd op 9 april 2018.

22. National Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline summary: Low back pain medical treatment guidelines. National Guideline Clearinghouse (NGC). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 3 februari 2014. Beschikbaar via: <https://www.guideline.gov>. Geraadpleegd op 10 april 2018.

23. Schaafsma FG, Whelan K, van der Beek AJ, van der Es-Lambeek LC, Ojajärvi A, Verbeek JH. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 30 augustus 2013. Beschikbaar via: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001822.pub3/full>. Geraadpleegd op 10 mei 2017.

10. Bijlagen

Bijlage 1:

Gunstig advies van OBC

2017-03-30 18:25:33

De OBC keurt de aanvraag goed, maar wenst een antwoord op volgende vragen/opmerkingen: - Wat is de world café methode? Graag een schriftelijke beschrijving ervan, alsook enkele referenties - Zeg in brief aan patiënten welke de inclusiecriteria zijn

Student(en):

Hanne Sterckx

Promotor:

Lode Godderis (lode.godderis@kuleuven.be - u0005874 - Omgeving en Gezondheid)

Hoofdonderzoeker:

Sterckx Hanne

Faculteit:

Geneeskunde

Opleiding:

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is:

monocentrisch

De opdrachtgever is:

academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:

Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

Het onderzoek is:

Prospectief observationeel onderzoek

Gebruikte methode:

verzamelen van persoonsgegevens

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Nekklachten zijn vaak voorkomende klachten in de huisartsenpraktijk. Eerst en vooral dient men hier een onderscheid te maken tussen acute, subacute en chronische nekkklachten. Hoewel acute nekkklachten bij vele mensen vanzelf binnen een vier to zes weken verminderen of verdwijnen, blijven de klachten bij een kleine groep mensen persisteren. Wanneer dergelijke klachten langer dan drie maanden blijven duren, dan spreken we van chronische nekkklachten. De pijnklachten gaan dan ook geregeld gepaard met een beperking in het dagelijks functioneren en/of arbeidsongeschiktheid. De hoge maatschappelijke kosten die hiermee gepaard gaan worden veroorzaakt door deze groep van chronische klachten. Deze omvatten niet alleen het gebruik van de gezondheidszorg, maar ook het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid die hiermee gepaard gaan. Enerzijds mijn interesse in de cervicale pathologieën in de huisartsenpraktijk en anderzijds hiermee samengaande arbeidsongeschiktheid gaven de aanzet tot het maken van deze masterthesis. Al snel bleek uit literatuuronderzoek dat hier weinig relevante studies over gebeurd zijn in de huisartsenpraktijk. Wat doe je met een patiënt met nekkklachten en hoe kan je deze snel reactiveren? Heeft dit voordelen op lange termijn of niet? Allemaal interessante deelonderwerpen die hierbij aan het licht komen. Samen met mijn promotor en de collega's in de groepspraktijk waar ik mijn HAIO-schap deed, besloot ik een eigen studie op te zetten om de aanpak omtrent nekkklachten te vergelijken: 'Is er een verschillende outcome bij patiënten die geen arbeidsongeschiktheid krijgen en waarbij de dagelijkse activiteiten gestimuleerd worden versus een controle groep waarbij een standaard 'care of use' als beleid gebruikt wordt?'

Vraagstelling:

Is er een verschillende outcome bij patiënten die geen arbeidsongeschiktheid krijgen en waarbij de dagelijkse activiteiten gestimuleerd worden versus een controle groep waarbij een standaard 'care of use' als beleid gebruikt wordt?

Wat zegt de literatuur hierover?

Methodologie:

1. Methoden

1.1 Literatuurstudie

De methoden bestaan uit een systematisch literatuuronderzoek waarbij zowel primaire, secundaire, tertiaire als quaternaire bronnen gebruikt werden. Hieruit werd er gepoogd een ideale interventie te halen. Eerst werden de quaternaire en tertiaire bronnen geraadpleegd. Nadien werden ook secundaire en primaire bronnen gebruikt. De databanken waarin gezocht werden zijn Guidelines International Network (GIN), National Guideline Clearinghouse (NGC), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Britisch Medical Journal (BMJ), Cochrane, Physiotherapy Evidence Database (PEDro), Trip database, Pubmed en Medline. De geraadpleegde Belgische bronnen zijn het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Federale Overheidsdienst (FOD) Gezondheidszorg, Domus Medica, Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutisch Informatie (BCFI) en EBMpracticenet. De gebruikte zoektermen zijn nekpijn, neck pain, radiculaire nekpijn, radicular neck pain, reduce absence, treatment, active therapy, manipulation, "mobilisation". Exclusiecriteria zijn artikels ouder dan 2006, onderwerpen waarbij de behandeling van nekpijn niet aan bod komt, andere pathologieën. Er werden circa 30 artikels weerhouden. Deze werden gelezen en de relevante informatie werd genoteerd.

Daarnaast gebeurt er een praktijk verbeterende studie waarbij er een onderzoek wordt opgezet die de standaard 'care of use' bij nekklachten vergelijkt met de interventie. Deze interventie is een actief beleid waarbij reactiveren op de voorgrond staat. Dit protocol wordt uitgeschreven aan de hand van de 'world café' methode. Hierbij wordt de standaard 'care of use' bepaald binnen de praktijk. Tijdens de studie die ongeveer een achttal maanden zal duren, zullen patiënten met nekklachten gerandomiseerd, in de controle dan wel in de interventie groep, terecht komen. Aan de hand van een vooropgestelde vragenlijst die de patiënten bij het begin van de studie en aan het einde dienen in te vullen, zullen de resultaten vergeleken worden.

1.2 Onderzoek in de praktijk:

Om patiënten te includeren dienen ze geen van de volgende exclusie criteria te hebben. Deze werden mede bepaald aan hand van de 'world-café' methode. Deze criteria zijn; jonger dan 18 jaar, tekenen en symptomen van neurologische aandoeningen, hoofdpijn als gevolg van een specifieke diagnose (migraine, spanningshoofdpijn), voorgeschiedenis van specifieke tekenen van maligniteit, voorgeschiedenis van trauma met of zonder bewezen structurele aandoeningen in de regio van de nek, schouder en hoofd (whiplash), tekenen en symptomen van cerebrovasculaire insufficiëntie (bv. duizeligheid, drop attacks, CVA en TIA), ernstige chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat (polyartritis, spierziekte, systeem pathologie, reumatische aandoening, spinaalkanaalstenose, problemen van het centraal zenuwstelsel), klinische tekens die een urgentie vereisen en de aanwezigheid van een abnormale zwelling in de halsregio.

Na het uitvoeren van de anamnese en het gestandaardiseerde klinisch onderzoek zal er bepaald worden of de patiënt in aanmerking komt om deel te nemen aan de studie. Indien dit het geval is, zal de patiënt een 'informed consent' voorgelegd worden. Indien deze zijn toestemming voor deelname geeft, gebeurt de randomisatie. Het randomiseren gebeurt aan de hand van een Excel-bestand, waarin de deelnemende patiënten genoteerd worden per gerandomiseerd blok.

De standaard 'care of use' werd door de verschillende onderzoekers samen bepaald aan de hand van de 'world café' methode. De standaard 'care of use' wordt onderverdeeld in drie delen. Het beleid bij acute nekpijn, bij subacute nekpijn en bij chronische nekpijn. Na het uitvoeren van de anamnese en het klinisch onderzoek wordt er bepaald tot welke categorie de patiënt toegewezen wordt. De acute nekpijn werd gedefinieerd door de onderzoekers als nekpijn die plots ontstaan is diezelfde dag tot zeven dagen

voordien. De subacute nekpijn is pijn die in de afgelopen zeven dagen tot vier weken aanwezig is. De chronische nekpijn werd gedefinieerd als nekpijn die langer dan vier weken aanwezig is.

Het beleid van acute nekpijn volgens de standaard 'care of use': Dit beleid bestaat erin uitleg te geven over het ontstaan en het te verwachten verloop. Analgetica worden opgestart gedurende de eerste week. Afhankelijk van wat de patiënt al geprobeerd heeft zal er gestart worden met zeven dagen Paracetamol één gram drie dagdosissen of Ibuprofen 600mg drie dagdosissen. Indien er contra-indicaties zouden zijn voor een van de voorgaande analgetica kan er gekozen worden voor zaldiar of tradonal gedurende een week. Warmte leggen in de hals door middel van een kersenpitkussen of een warme handdoek rond de nek worden aangeraden. Daarnaast wordt bewegen toegestaan binnen de pijngrenzen van de patiënt. Contact- en competitiesporten worden verboden. Intensieve sport wordt eveneens afgeraden. De patiënt wordt verzocht auto-massage uit te voeren. Er wordt een totaal van vijf dagen arbeidsongeschiktheid gegeven met eventuele weekend- en/of verlofdagen inclusief. Er wordt geen kinesitherapie opgestart. Er zal eveneens niet verwezen worden naar een specialist, noch beeldvorming zal worden aangevraagd. Indien de pijn langer dan één week blijft bestaan dient de patiënt zich opnieuw aan te bieden voor een herconsultatie.

Het beleid bij subacute nekpijn volgens de definitie van de onderzoekers:

Analgetica worden gegeven indien de patiënt hierom vraagt of indien de arts dit nodig acht. Hierbij wordt gekozen voor tradonal of zaldiar. Wanneer de patiënt voor het eerst zich bij de arts presenteert kan er eveneens voor Paracetamol en Ibuprofen gekozen worden. Warmte leggen blijft men aanraden, net zoals bij de acute fase. Men geeft uitleg aan de patiënt in verband met bewegen en in beweging blijven. Ergonomie aanpassen indien deze niet optimaal is, eventueel de adviseur van het werk hierbij betrekken. Recreatief sporten wordt toegelaten en intensief sporten kan binnen de mogelijkheden van de patiënt plaats vinden. Er wordt kinesitherapie opgestart (negen sessies) waarbij men de indicatie noteert. Op dit voorschrift noteert men mobilisatie, houdingsadvies en stabilisatie oefeningen of kiest men ervoor de kinesitherapeut vrij te laten in zijn behandeling. Er wordt in deze fase geen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven en er wordt geen beeldvorming aangevraagd.

Het beleid bij chronische nekpijn volgens de definitie van de onderzoekers:

Hierbij maakt men een onderscheid tussen de patiënten die de voorgaande stadia reeds hebben doorlopen versus de patiënten die zich de novo aanbieden bij de huisarts met de klacht van nekpijn sinds meer dan vier weken. Bij deze eerste groep zal men navragen wat kinebehandeling inhield. Men zal nagaan of er ergonomische maatregelen genomen werden. Indien dit niet gebeurde zal men deze alsnog doorvoeren. Indien al het voorgaand gebeurde, zal de patiënt doorverwezen worden naar fysische geneeskunde.

Nieuwe patiënten met chronische nekpijn zullen geen analgetica krijgen. Men zal uitleggen waarom men dit niet zal doen. Net zoals bij de subacute vorm zal een kinebehandeling worden opgestart. Hierbij zal men opnieuw belang hechten aan de ergonomie op het werk en thuis. Er wordt geen beeldvorming voorgeschreven. Men zal de patiënt aansporen warmte te leggen, actief te bewegen en te sporten. Er wordt geen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven bij deze groep.

De interventie werd aan de hand van het literatuuronderzoek bepaald. De interventie in de acute fase waarbij de klachten tussen nul en zes weken bezig zijn zal men eerst en vooral duidelijke uitleg geven over het ontstaan van de klachten en het te verwachten verloop hiervan. Een goede communicatie met de patiënt is hierbij van uiterst belang. Enkele tips noteren kan hierbij nuttig zijn. Hiernaast zal er indien de patiënt dit wenst, gedurende een week analgetica worden opgestart, dit om de beweeglijkheid en het dagelijkse functioneren van de patiënt te verbeteren. Hierbij mogen de onderzoekers kiezen tussen paracetamol gedurende zeven dagen aan de maximale dosis of ibuprofen. Bij heel hevige pijn kan er gekozen worden voor tradonal of het combinatiepreparaat zaldiar. Er zal geen medische beeldvorming aangevraagd worden. Daarnaast zullen er ergonomische maatregelen genomen worden op het werk en in de vrije tijd. Dit aan de hand van tips en het inschakelen van de verantwoordelijke persoon op de werkvloer. Er zal geen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven worden langer dan twee dagen. Lichte

fysieke activiteit en actieve oefentherapie worden aangemoedigd om de kracht en het uithoudingsvermogen van musculoskeletaal stelsel te verbeteren. Een multimodale behandeling door een kinesitherapeut wordt voorgeschreven hierbij ligt de nadruk op mobilisatie, oefentherapie en manuele therapie indien er geen contra-indicaties aanwezig zijn. Het behoud van lichamelijk activiteit en een vroegtijdige werkhervatting vraagt om een goede communicatie met de patiënt. Regelmatige herevaluatie kan hiertoe bijdragen indien de patiënt dit wenst. Wanneer de klachten langer duren dan zes weken en de voorgaande maatregelen geen verbetering geven zal men nagaan of een verwijzing al dan niet nuttig kan zijn.

Referenties:

Federaal Kenniscentrum: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20091027354.pdf

NGC:

<https://www.guideline.gov/summaries/summary/47800/evidencebased-guidelines-for-the-chiropractic-treatment-of-adults-with-neck-pain?q=neck>

<https://www.guideline.gov/summaries/summary/47637/best-practices---practice-guidelines?q=neck+pain>

<https://www.guideline.gov/summaries/summary/45379/an-update-of-comprehensive-evidencebased-guidelines-for-interventional-techniques-in-chronic-spinal-pain-part-ii-guidance-and-recommendations?q=neck+pain>

<https://www.guideline.gov/summaries/summary/47670/acr-appropriateness-criteria--chronic-neck-pain?q=neck+pain>

<https://www.guideline.gov/summaries/summary/49020/low-back-pain-medical-treatment-guidelines?q=neck+pain>

<https://www.guideline.gov/summaries/summary/49019/cervical-spine-injury-medical-treatment-guidelines?q=neck+pain>

NHG/

Cochrane

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004249.pub4/full>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004250.pub5/full>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005106.pub4/full>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002194/full>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001822.pub3/full>

Tripdatabase

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008160.pub2/abstract>

http://www.crd.york.ac.uk/prospéro/display_record.asp?src=trip&ID=CRD42016033900

http://www.sbu.se/contentassets/fc9b009a51834b69b2dbc25f80fef475/acute_neck_back_pain_preventive_interventions_2016.pdf

BMJ:

<http://clinicalevidence.bmj.com/x/systematic-review/1103/overview.html>

<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/943.html>

Pedro:

<https://search.pedro.org.au/search-results/record-detail/48459>

<https://search.pedro.org.au/search-results/record-detail/4754>

<https://search.pedro.org.au/search-results/record-detail/3914>

Pubmed:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22703740>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27038852>

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

51365_1488300266_8867_informed_consent_pdf.pdf
58067_1488300458_989_Nekklachten_in_de_huisartsenpraktijk_deel_1_pdf.pdf
77299_1488300613_1559_Nekklachten_in_de_huisartsenpraktijk_deel_2_pdf.pdf

Bijlage 2:

Informed consent: **Informatie brief voor deelnemers.**

U wordt gevraagd deel te nemen aan deze studie omdat u aan de criteria voldoet die vooraf werden opgesteld door de onderzoekers. Dit werd in samenspraak met de collega's van de praktijk uitgebreid besproken. Er zullen ongeveer 50 personen deelnemen aan deze studie.

Informatie betreffende de studie:

Deze studie werd in samenwerking met Prof Godderis aan de KULeuven opgezet naar aanleiding van de masterthesis van Hanne Sterckx, Huisarts in opleiding in groepspraktijk de Flint te Leuven. Hieronder kan u de nodige informatie omtrent de studie lezen. Bij het ondertekenen van dit document geeft u het akkoord deel te nemen.

1. Doel van de studie:
Nagaan of de duur van de arbeidsongeschiktheid bij mensen met neklachten invloed heeft op het verloop van de ziekte en de genezing.
2. Procedures en protocol:
Er werd een protocol opgesteld zodat bij iedereen die deelneemt aan de studie dezelfde behandeling zal worden voorgesteld. Dit houdt in dat u tijdens de consultatie een klinisch onderzoek zal ondergaan en nadien met de arts zult bespreken wat het verdere beleid is.
3. Duur van de studie:
De totale duur van deze studie bedraagt acht maanden.
4. Voordeel van deelname:
Deelname aan deze studie biedt u geen direct voordeel, maar u draagt positief bij tot de opleiding van de artsen en hopelijk baanbrekend resultaat van deze studie.
5. Risico's verbonden aan deze studie:
De risico's verbonden aan dit onderzoek zijn dat er een wisselend resultaat kan zijn van de duur van de klachten. Verder zijn er geen risico's verbonden aan deze studie.
6. Confidentialiteit:
Uw gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zult niet bij naam, noch op een andere herkenbare wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met deze studie. Uw identiteit blijft geheim. De bescherming van de persoonlijke gegevens is wettelijk bepaald door de wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Indien u toestemt in deelname aan dit onderzoek, betekent dit dat u

ook toestemming geeft voor het gebruik van uw gecodeerde gegevens voor de hierboven beschreven doelen.

7. Recht van weigering :

De deelname aan deze studie is volledig op vrijwillige basis. U hoeft niet deel te nemen als u dat niet wenst. Als u deelneemt aan deze studie, mag u steeds uw deelname op elk moment beëindigen, zonder dat u daar enig nadeel van zal ondervinden. U hoeft hiervoor geen reden op te geven en uw rechten zullen steeds gerespecteerd worden.

8. Kosten :

Er zijn geen kosten verbonden aan het onderzoek. Alle kosten zijn ten laste van het onderzoeksteam.

Deze informatie werd beoordeeld en goedgekeurd door de Ethische Commissie van de KULeuven. Indien u akkoord gaat dat de verkregen gegevens wetenschappelijk geanalyseerd zullen worden, volstaat het dat u toestemming geeft door het toestemmingsformulier te ondertekenen. Contactgegevens Als u meer informatie wenst of vragen heeft over de studie kunt u steeds terecht bij Dr. Hanne Sterckx via het e-mailadres : hanne@deflint.be.

Toestemmingsformulier van de deelnemer.

Lees zorgvuldig onderstaande tekst en denk goed na over uw keuze. Vink vervolgens uw antwoorden aan. Met vragen kunt u steeds terecht bij de Dr. Hanne Sterckx.

Naam van de persoon die het proces van geïnformeerde toestemming heeft uitgevoerd:

.....

- ☐ Ik bevestig dat ik de informatiebrief voor het bovengenoemde onderzoek heb ontvangen, gelezen en begrepen, en dat ik hierover altijd vragen kan stellen.
- ☐ Ik begrijp dat de deelname aan dit onderzoek vrijwillig is en dat ik het recht heb om mij op elk moment terug te trekken, zonder opgave van reden en zonder dat dit mijn medische zorg of wettelijke rechten negatief beïnvloedt.
- ☐ Ik stem toe in deelname aan bovengenaamd onderzoek en dat de gegevens verzameld in het kader van dit onderzoek wetenschappelijk geanalyseerd en gepubliceerd mogen worden.
- ☐ Ik ga ermee akkoord dat enkel bevoegde personen mijn persoonlijke onderzoeksgegevens inkijken.
- ☐ Ik heb voldoende tijd gehad om te beslissen over deelname aan dit onderzoek.

Naam van de deelnemer

Datum

Handtekening

Onderzoeker

Datum

Handtekening

Bijlage 3 :

Neck Disability Index

1. Pijn: Ik heb nu geen pijn Ik heb nu weinig pijn Ik heb nu matige pijn Ik heb nu vrij hevige pijn Ik heb nu zeer hevige pijn Ik heb nu de slechts denkbare pijn

2. Persoonlijke verzorging (wassen, aan- en uitkleden): Ik kan goed voor mezelf zorgen zonder dat de pijn toeneemt Ik kan goed voor mezelf zorgen hoewel dat de pijn doet toenemen Voor mezelf zorgen is

pijnlijk en gaat langzaam en voorzichtig Voor mezelf zorgen lukt goed maar vaak met enige hulp Elke dag voor mezelf zorgen lukt meestal alleen met hulp Ik kan mezelf niet aankleden; mezelf wassen gaat moeilijk en ik blijf in bed

3. Tillen: Ik kan een zwaar gewicht tillen zonder dat de pijn toeneemt Ik kan een zwaar gewicht tillen, maar dat doet de pijn toenemen De pijn weerhoudt mij van het optillen van een zwaar gewicht van de grond, maar zou dat wel kunnen wanneer dat gewicht hoger (bijv. op een tafel) gelegen is De pijn weerhoudt mij ervan om zware dingen op te tillen, maar het lukt me wel om lichte tot middelzware gewichten te tillen als ze makkelijk geplaatst zijn Ik kan alleen zeer lichte gewichten tillen Ik kan helemaal niets tillen of dragen

4. Lezen: Ik kan zo veel lezen als ik wil zonder pijn in mijn nek Ik kan zo veel lezen als ik wil met weinig pijn in mijn nek Ik kan zo veel lezen als ik wil met matige pijn in mijn nek Ik kan niet zo veel lezen als ik zou willen vanwege de matige pijn in mijn nek Ik kan bijna niet meer lezen vanwege de hevige pijn in mijn nek Ik kan helemaal niet meer lezen

5. Hoofdpijn: Ik heb helemaal geen hoofdpijn Ik heb af en toe lichte hoofdpijn Ik heb af en toe matige hoofdpijn Ik heb vaak matige hoofdpijn Ik heb vaak hevige hoofdpijn Ik heb bijna altijd hoofdpijn

6. Concentratie: Ik kan mij goed concentreren zonder moeite wanneer ik dat wil Ik kan mij goed concentreren met enige moeite wanneer ik dat wil Het kost mij duidelijk moeite om te concentreren wanneer ik dat wil Het kost mij veel moeite om te concentreren wanneer ik dat wil Het kost mij zeer veel moeite om te concentreren wanneer ik dat wil Ik kan mij helemaal niet concentreren

7. Werk: Ik kan zo veel werk doen als ik wil Ik kan alleen mijn gewone werk doen, maar niet meer Ik kan het grootste deel van mijn gewone werk doen, maar niet meer Ik kan mijn gewone werk niet doen Ik kan bijna geen enkel werk meer doen Ik kan helemaal niet meer werken

8. Autorijden: Ik kan autorijden zonder enige nekpijn Ik kan autorijden zo lang als ik wil met weinig pijn in mijn nek Ik kan autorijden zo lang als ik wil met matige pijn in mijn nek Ik kan niet autorijden zo lang als ik wil vanwege de matige pijn in mijn nek Ik kan bijna niet meer autorijden vanwege de hevige pijn in mijn nek Ik kan helemaal niet meer autorijden

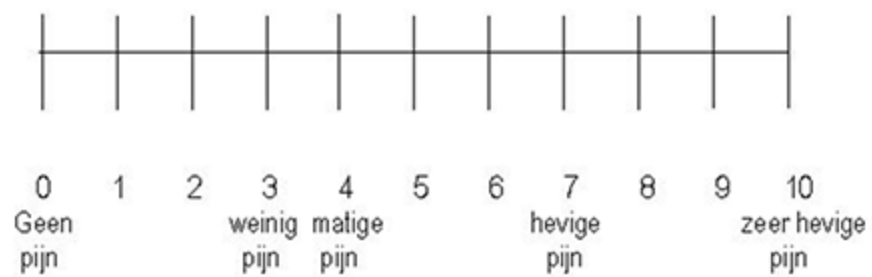
9. Slapen: Ik heb geen moeite met slapen Mijn slaap is heel licht gestoord (minder dan 1 uur wakker) Mijn slaap is licht gestoord (1 tot 2 uur wakker) Mijn slaap is matig gestoord (2 tot 3 uur wakker) Mijn slaap is fors gestoord (3 tot 5 uur wakker) Mijn slaap is volledig gestoord (5 tot 7 uur wakker)

10. Vrije tijd: Ik kan aan alle activiteiten meedoen zonder enige pijn in mijn nek Ik kan aan alle activiteiten meedoen met enige pijn in mijn nek Vanwege de pijn in mijn nek kan ik aan de meeste, maar niet alle, gebruikelijke activiteiten meedoen Vanwege de pijn in mijn nek kan ik aan maar weinig gebruikelijke activiteiten meedoen Vanwege de pijn in mijn nek kan ik nagenoeg aan geen activiteiten meedoen Ik kan aan geen enkele activiteit meer meedoen

Interpretatie: Per vraag zijn er 6 antwoordcategorieën. De eerste antwoordcategorie (score 0) geeft geen beperkingen aan, de laatste categorie (score 5) betekent de meeste beperkingen. De totaalscore is de som van de tien delen vragen (maximaal 50) vermenigvuldigd met factor 2. De gevonden waarde representeert het "beperkingen-percentage" (0-100%).

Bijlage 4:

VAS pijnscore:



Bijlage 5:

Vragenlijsten patiënten bevraging.

Vragenlijst 1:

Nekklachten in de huisartsenpraktijk deel 1

* 1. Wat is uw geslacht?

- ☒ een man
☐ een vrouw

* 2. Bij welk van onderstaande leeftijdscategorie hoort u?

- ☐ tussen 18 en 25 jaar
☐ tussen 26 en 35 jaar
☐ tussen 36 en 45 jaar
☐ tussen 46 en 55 jaar
☐ tussen 56 en 65 jaar
☐ 65 jaar of ouder

* 3. Wat is uw beroep?

- ☐ bediende
☐ arbeider
☐ zelfstandige
☐ student
☐ gepensioneerd
☐ langdurig afwezig door ziekte

* 4. Komt u bij uw vaste huisarts?

- ☐ ja
☐ nee

* 5. Indien u nee geantwoord heeft op de voorgaande vraag: waarom komt u bij deze arts?

- ☐ dit is een collega van mijn vaste huisarts
☐ dit is een sportarts
☐ dit is omdat ik hier snel terecht kan

Andere:

* 6. Heeft u in het verleden al een nek- of rugklachten gehad?

- ☐ ja

- ☐ nee

* 7. Hoelang zijn de klachten momenteel aanwezig?

- ☐ minder dan drie dagen
☐ tussen drie dagen en een week
☐ tussen een week en zes weken
☐ langer dan zes weken

* 8. Wat waren uw verwachtingen van het consult bij de huisarts toen u een afspraak maakte? (u kan meerdere antwoorden geven)

- ☐ een voorschrift voor pijnmedicatie
☐ een voorschrift voor een foto of een scanner
☐ een voorschrift voor kinesithérapie
☐ een afwezigheidsattest langer dan drie dagen
☐ uitleg over de oorzaak en het verloop van de klachten

Andere:

* 9. Heeft de arts deze verwachtingen ingelost?

- ☐ ja
☐ nee

* 10. indien u op vraag 9 nee antwoordde: wat werd er niet ingelost?

- ☐ geen voorschrift voor pijnmedicatie
☐ geen voorschrift voor een foto of scanner
☐ geen voorschrift voor kinesithérapie
☐ geen afwezigheidsattest
☐ wel een afwezigheidsattest, maar een van kortere duur dan verwacht

Andere:

Vragenlijst 2:

Nekklachten in de huisartsenpraktijk deel 2

1. Wat is uw geslacht?

- ☒ een man
☐ een vrouw

2. Bij welk van onderstaande leeftijdscategorie hoort u?

- ☐ tussen 18 en 25 jaar
☐ tussen 26 en 35 jaar
☐ tussen 36 en 45 jaar
☐ tussen 46 en 55 jaar
☐ tussen 56 en 65 jaar
☐ 65 jaar of ouder

3. Wat is uw beroep?

- ☐ bediende
☐ arbeider
☐ zelfstandige
☐ student
☐ gepensioneerd
☐ langdurig afwezig door ziekte

4. Komt u bij uw vaste huisarts?

- ☐ ja
☐ nee

5. Indien u nee geantwoord heeft op de voorgaande vraag: waarom komt u bij deze arts?

- ☐ dit is een collega van mijn vaste huisarts
☐ dit is een sportarts
☐ dit is omdat ik hier snel terecht kan
☐ Andere:

6. Hoelang zijn de klachten momenteel aanwezig?

- ☐ minder dan drie dagen
☐ tussen drie dagen en een week

- ☐ tussen een week en zes weken
☐ langer dan zes weken

7. Wat waren uw verwachtingen van het consult bij de huisarts toen u een afspraak maakte? (u kan meerdere antwoorden geven)

- ☐ een voorschrift voor pijnmedicatie
☐ een voorschrift voor een foto of een scanner
☐ een voorschrift voor kinesithérapie
☐ een afwezigheidsattest langer dan drie dagen
☐ uitleg over de oorzaak en het verloop van de klachten
☐ Andere:

8. Merkt u beterschap op in het verloop van uw klachten?

- ☐ ja: de klachten zijn volledig verdwenen
☐ ja de klachten gaan evolueren in de goede richting
☐ ja: het gaat iets beter, doch nog veel last
☐ geen verschil
☐ nee: het gaat steeds slechter
☐ nee: klachten zijn nog hetzelfde als bij het begin

9. Welke behandeling heeft u gekregen?

- ☐ Afwezigheidsattest op het werk langer dan 3dagen
☐ afwezigheidsattest op het werk minder dan 3dagen
☐ kinesithérapie
☐ er werd een foto of scanner genomen
☐ pijnmedicatie
☐ verwijzing naar een specialist
☐ Overige (geef nadere toelichting)

10. Bent u tevreden over het verloop van de
behandeling en de consulten?

- ☐ nee
- ☐ geen mening

☐ ja

Bijlage 6: Patiëntenfolder:

Wat is nekpijn?



Bron: kngf richtlijn

Nekpijn is één van de meest voorkomende klachten aan het bewegingsapparaat. Ongeveer de helft van de mensen heeft in zijn leven wel eens last van nekpijn. Bij sommigen komt dit later nog eens terug, bij anderen niet. Meestal is er geen duidelijke oorzaak voor de nekpijn en is de pijn binnen 4 tot 6 weken weer weg. Ongeveer 95% van de nekpijn komt niet door een ernstige aandoening. Bij een klein deel van de mensen duren de klachten langer dan zes maanden. Dan spreekt men van chronische nekpijn.

Wat zijn de oorzaken van nekpijn?

Het ontstaan van nekpijn is niet altijd duidelijk. Mogelijke oorzaken:

- spierspanning
- overbelasting
- verkeerde beweging
- verkeerde houding
- val of slag tegen de nek
- whiplash
- artrose
- botontkalking of osteoporose
- discus hernia
- meer zeldzame (<2%) oorzaken van nekpijn zijn: hersenvliesontsteking, reuma, wervelbreuken of een uitzaaiing van kanker.

Door een stijfgevoel kan men de indruk hebben dat de nek geblokkeerd is. In sommige gevallen kan hierdoor een scheefstand van het hoofd optreden. (torticollis)

Wat zijn de verschijnselen bij nekpijn?

Nekpijn kan zowel heel plots ontstaan als meer geleidelijk. Door hevige pijn zijn bepaalde houdingen en/of bewegingen soms niet meer mogelijk. De pijn kan samengaan met een stijf gevoel in de nek en de schouderregio. Dit stijf gevoel kan veroorzaakt worden door de reactie

op pijn. Spieren zijn beschermend en voorkomen schade, hierdoor kunnen ze meer gespannen zijn en dus ook meer pijn veroorzaken. Soms kan nekpijn uitstralende pijn geven naar het hoofd, de schouder en/of de arm. Nekpijn kan hierdoor erg hinderlijk zijn in het dagelijks functioneren.

Moet ik dan geen foto of scan laten nemen van mijn nek?

Bij nekpijn levert een röntgenfoto meestal geen bruikbare informatie op. Het kan juist verwarring geven. Eventuele afwijkingen op een röntgenfoto hebben vaak niets te maken met de nekpijn. Ook bij mensen die nooit nekpijn hebben worden wel nekafwijkingen op een röntgenfoto gevonden. Enkel wanneer de nekpijn langer dan zes weken aanhoudt of wanneer er gedacht wordt aan een zeldzamere oorzaak kan beeldvorming nuttig zijn.

Wat kan ik doen bij nekpijn?

Blijf zeker bewegen en probeer uw dagelijkse bezigheden zoveel als mogelijk voort te zetten, ook al heeft u pijn. Pijn bij bewegen is niet schadelijk. Het vermijden van bewegen heeft een nadelige invloed op het verloop van de klachten. Blijf dus zeker bewegen! De wervelkolom is gemaakt om te bewegen en hoe eerder u in beweging komt, hoe sneller u zich beter zal voelen. Rust roest! Heeft u regelmatig last van nekkachten probeer deze dan te voorkomen door de volgende tips op te volgen:

1. Bij spanning of stress: relaxatieoefeningen
2. Houdingsgebonden: aanpassen van houding thuis en op het werk, vraag eventueel advies aan de gezondheidsverantwoordelijk e op uw werk.
3. Vraag oefeningen en houdingsadvies aan uw kinesist.
4. Lokale warmte (kersenpitkussen) aanbrengen op de pijnlijke plaats kan verlichting geven.
5. Het gebruik van halskragen wordt afgeraden.

Mag ik pijnstillers innemen?

Pijnstillers verzachten de pijn en

helpen u om te blijven bewegen. Hierdoor zal ook de spierspanning afnemen. Het lichaam zal zichzelf niet beschadigen, ook niet wanneer u door de pijnstillers de pijn minder voelt. Er wordt aangeraden deze op vaste tijdstippen in te nemen gedurende enkele dagen. Nadien kan u deze proberen verminderen of stoppen. Paracetamol is de meest veilige pijnstiller (4 maal per dag 1000 mg). Werkt dit onvoldoende, bespreek dan met uw huisarts of u iets anders kan innemen. Spierontspannende medicatie heeft geen bijkomend voordeel.

De basisregels bij nekpijn:

1. Blijf in beweging
2. Blijf niet te lang in één positie, wissel regelmatig van houding.
3. Zorg voor een goede houding achter de computer.
4. Stop niet met dingen doen, maar verander hooguit de manier waarop u het doet.

Hoe evolueert nekpijn?

Nekpijn gaat meestal vanzelf over binnen de vier tot zes weken. Bij sommigen komen de klachten terug, bij anderen niet.

Wanneer neem ik contact op met mijn huisarts bij nekpijn?

- als de pijn gaat uitstralen in uw arm
- als de kracht of het gevoel in uw arm vermindert
- als het niet beter maar juist slechter gaat;
- als de pijn na twee tot vier weken nog steeds niet is verminderd;
- als bewegen van uw nek na vier weken nog onvoldoende lukt

Neem onmiddellijk contact op als iemand ziek wordt (met koorts) én een stijve nek krijgt (= als iemand met de kin de borst niet meer kan aanraken)!

Bron: Patiëntenfolder van Nederlandse Huisartsen

Genootschap. (NHG) 30 juli 2012 Beschikbaar via:

<https://www.thuisarts.nl/nekpijn/ik-heb-nekpijn>.

Geraadpleegd op 31 maart 2018.