

This is a post-peer-review, pre-copyedit version of an article published in Huisarts en wetenschap. The final authenticated version is available online at: <http://dx.doi.org/10.1007/s12445-020-0965-2>

Wat is de rol van manuele therapie bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten?

Dr. J.J.M. Pool¹, Dr. M.A. Schmitt², Dr. A. Verhagen³

¹ Senior onderzoeker Instituut voor Bewegingsstudies Hogeschool Utrecht, manueel therapeut, epidemioloog

² Lector Bewegen naar Gezondheid Hogeschool Rotterdam, manueel therapeut

³ Hoogleraar 'Musculoskeletal primary care'. Dep. Physiotherapy, University of Technology Sydney, Australië

Lage rugpijn is een van de meest voorkomende oorzaken van lichamelijk disfunctioneren (1)(2). Ondanks uitgebreid wetenschappelijk onderzoek is er tot op heden geen consensus over de meest adequate aanpak (3)(4)(5)(6). Dit maakt het voor de huisarts lastig om bij individuele patiënten een gerichte afweging te maken. Zoals in vele richtlijnen (7) (8)(9)(10) is aangegeven staan het adviseren en stimuleren van 'actief blijven' en 'werkhervatting' centraal (11). Daarbij wordt geadviseerd om terughoudend te zijn in het toepassen van passief gerichte therapieën, zoals massagetherapie, mobilisatie en manipulaties. Desalniettemin is het, op grond van subgroep-analyses, te overwegen om patiënt te verwijzen voor mobilisaties of manipulaties naar chiropractors of manueeltherapeuten (12). Het betreft vooral patiënten waarbij het normale functioneren achterblijft en waarbij er duidelijke aanwijzingen zijn voor een verminderde beweeglijkheid van de lumbale wervelkolom. Daarbij wordt geadviseerd om naast mobilisaties of manipulaties ook actieve oefentherapie in te zetten. Kortom, voor een deel van de patiënten met lage rugpijn is het te overwegen om te verwijzen voor mobilisaties of manipulaties.

Er zijn twee beroepsgroepen die bevoegd zijn manipulaties uit te voeren: chiropractors en manueeltherapeuten. Voor de huisarts blijkt het vaak moeilijk de juiste verwijzing uit te schrijven indien zij of hij van mening is dat een meer gespecialiseerde professional raadzaam is bij problemen die meest wervelkolom gerelateerd zijn.

Manuele therapie is een specialisatie in de fysiotherapie en manueeltherapeuten zijn daarmee BIG geregistreerd. DE manueeltherapeut functioneert met een breed palet aan interventie mogelijkheden waarvan mobilisatie en of manipulatietechnieken een onderdeel zijn. Zorgverzekeraars vergoeden de behandelingen manuele therapie in het aanvullend pakket. De opleiding tot Manueel Therapeut is een driejarige parttime opleiding, aansluitend op de opleiding tot fysiotherapeut (totaal 7 jaar). De opleiding leidt tot een Master of Science diploma (MSc) en is geaccrediteerd door de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO). Daarnaast zijn de opleidingen erkend door de International Federation of Orthopedic Manipulative Physical Therapist (IFOMPT).

Wat is nu het verschil in aanpak tussen deze twee professionals? Onderzoek heeft uitgewezen dat in Nederland de wijze van manipuleren niet verschilt (13). Indien het gaat om een verwijzing voor manipulaties voor het oplossen van een bewegingsbeperking dan spelen

voorkeuren en ervaringen van de patiënt een belangrijke rol. Indien de huisarts ook van mening is dat oefentherapie of een meer gedragsmatige interventie een bijkomende rol speelt dan lijkt een verwijzing naar de fysio/manueel therapeut meer op zijn plaats (14)(15).

Conclusie

Voor de huisarts zijn veel opties mogelijk wat betreft geschikte interventies bij mensen met klachten aan de wervelkolom. Manipulatie is een interventie waarvan bekend is dat het effectief is bij een subgroep van deze patiënten. Manueeltherapeuten geregistreerd in het specialisten register van de fysiotherapie zijn bevoegd en bekwaam deze interventie te geven. Daarnaast zijn manueeltherapeuten meer opgeleid en geëquipeerd in het toepassen van de manuele therapie binnen een psychosociale context. Er is geen enkel bewijs dat alternatieve beroepsgroepen zoals de chiropractors meer aanbeveling heeft. Echter de manueeltherapeut is breed en degelijk opgeleid en fungeert binnen de reguliere gezondheidszorg.

Referent

1. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Brown A, Carter A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;
2. Buchbinder R, Blyth FM, March LM, Brooks P, Woolf AD, Hoy DG. Placing the global burden of low back pain in context. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*. 2013.
3. Wong JJ, Co^te P, Sutton DA, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: a sys- tematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *Eur J Pain* 2017;21(2): 201e16.
4. Nadine E Foster , Johannes R Anema , Dan Cherkin , Roger Chou , Steven P Cohen , Douglas P Gross , Paulo H Ferreira , Julie M Fritz , Bart W Koes , Wilco Peul , Judith A Turner , Chris G Maher , Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and Treatment of Low Back Pain: Evidence, Challenges, and Promising Direction. *Lancet* 2018 Jun 9;391(10137):2368-2383.
5. Rachele Buchbinder, Maurits van Tulder, Birgitta Öberg, Lucíola Menezes Costa, Anthony Woolf, Mark Schoene, Peter Croft, Low back pain: a call for action on behalf of the Lancet Low Back Pain Series Working Group* *Lancet* 2018 Jun 9;391(10137):2384-2388

6. Michaleff ZA, Lin CW, Maher CG, van Tulder MW. Spinal manipulation epidemiology: systematic review of cost effectiveness studies. J Electromyogr Kinesiol. 2012 Oct;22(5):655-62
7. National Guideline Centre (UK) 'Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management'. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>.
8. Toward Optimized Practice (TOP) Low Back Pain Working Group. Evidence-informed primary care management of low back pain: clinical practice guideline. Edmonton, AB: Toward Optimized Practice; 2015. Available from: <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/885801>.
9. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 2007;147(7):478e9
10. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American college of physicians. Ann Intern Med 2017;166:514e30.
11. Crystian B Oliveira, Chris G Maher, Rafael Z Pinto, Adrian C Traeger, Chung-Wei Christine Lin Jean-François Chenot, Maurits van Tulder, Bart W Koes. Clinical Practice Guidelines for the Management of Non-Specific Low Back Pain in Primary Care: An Updated Overview. Eur Spine 2018 Nov;27(11):2791-2803.
12. Protheroe, J., Saunders, B., Bartlam, B. et al. Matching treatment options for risk sub-groups in musculoskeletal pain: a consensus groups study. BMC Musculoskelet Disord 20, 271 (2019).
13. van de Veen EA, de Vet HC, **Pool JJ**, Schuller W, de Zoete A, Bouter LM. Variance in manual treatment of nonspecific low back pain between orthomanual physicians, manual therapists, and chiropractors. J Manipulative Physiol Ther 2005; 28(2):108-16
14. Nicholas, Michael & Linton, Steven & Watson, Paul & Main, Chris. (2011). Early Identification and Management of Psychological Risk Factors ("Yellow Flags") in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. Physical therapy. 91. 737-53. 10.2522/ptj.20100224
15. J.B. Staal, E.J.M. Hendriks, M. Heijmans, H. Kiers, A.M. Lutgers-Boomsma, G. Rutten, M.W. van Tulder, J. den Boer, R. Ostelo, J.W.H. Custers. *KNGF-richtlijn Lage rugpijn V-07/2013 - Update klinimetrie* 2017 www.kngfrichtlijnen.nl.

