



Scoringslijst voor de praktijk

4. LAGE RUGKLACHTEN

Algemene gegevens

Classificatiecode(s) : L02, L03, L86, L95

Doelstelling : Toetsen of de haio in staat is:

- De gegevens te verzamelen, die nodig zijn voor de diagnostiek bij een patiënt met lage rugklachten in de praktijk door middel van adequate anamnese en onderzoek
- Een correcte evaluatie te geven van de verzamelde gegevens
- Een correct beleid af te spreken met de patiënt

Auteur : werkgroep Vaardigheden SVUH

Datum laatste correctie : maart 2005

Literatuur

- Chavannes AW, Mens JMA, Koes BW, et al. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn. Huisarts Wet 2005; 48(3) 113-23.
- Mens JMA, Chavannes AW, Koes BW, et al. NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2005; 48(4): 171-8.
- Elders P, Van Keimpema JC, Petri H, et al. NHG-Standaard Osteoporose. Huisarts Wet 1999; 42(3): 115-28.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten 2003.
- Wolf AN, Mens JMA. Onderzoek van het bewegingsapparaat. derde druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- Van Tulder MW, Koes BW. Evidence-based handelen bij lage rugpijn. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.

Informatie over het gebruik van de scoringslijst

Doel

Deze scoringslijst toetst de bekwaamheid ten aanzien van het verzamelen van gegevens voor de diagnostiek bij een patiënt met lage rugklachten, het evalueren hiervan en het afspreken van een beleid. De scoringslijst geeft richting aan de observatie en de feedback, en kan gebruikt worden als een educatief toetsingsinstrument in de praktijk.

De arts-in-opleiding tot huisarts voert een volledig consult met de patiënt(e) gericht op lage rugklachten en handelt zoveel mogelijk zoals hij/zij dat gewend is te doen.

Informatie voor de observator

Deze scoringslijst bevat voornamelijk onderdelen die specifiek op lage rugklachten van toepassing (kunnen) zijn. In de toelichting op de scoringslijst wordt nadere informatie gegeven. Tevens wordt gevraagd een algemene indruk weer te geven in de vorm van een cijfer (0-10), waarna de feedback in eigen woorden kan worden uitgeschreven bij opmerkingen.

Als aanvulling op de scoringslijst is ook een meer globale beoordelingslijst opgenomen, de zogenaamde korte klinische beoordeling (KKB). De KKB richt zich op de kerncompetenties van de huisarts bij patiënten contacten, en heeft een globaal karakter. De beoordeling kan daardoor in verschillende situaties worden gebruikt. De combinatie van meerdere KKB's geeft inzicht in het handelen van de huisarts. De scorelijst is er meer op gericht **dat** iets gedaan wordt, de KKB geeft de mogelijkheid aan te geven **hoe** het gebeurt. Voor de scoring wordt gebruik gemaakt van een schaal 1-9, zoals ook bij de oorspronkelijke beschrijving gehanteerd wordt.

Neem de tijd om de kandidaat feedback te geven. Dit waarderen de kandidaten zeer. Wees daarbij tactvol en positief in de benadering. Kandidaten stellen zich immers kwetsbaar op door zich te laten observeren. De observatie heeft in de eerste plaats een **educatief** doel en is geen examen.

De arts-in-opleiding tot huisarts kan de ingevulde scoreformulieren opnemen in zijn/haar portfolio en gebruiken bij planning en evaluatie van zijn/haar vaardighedenonderwijs(-doelen).

Toelichting praktijkscoringslijst

De huisarts stelt de diagnose voornamelijk door de anamnese. Het lichamelijk onderzoek heeft slechts beperkte waarde. In de huisartsenpraktijk is 90-95% van de rugklachten specifiek, d.w.z. dat er geen specifieke oorzaak is aan te wijzen. De vragen 1 t/m 4 hebben hierop betrekking. Vraag 5 is om specifieke oorzaken uit te sluiten. Een specifieke oorzaak kan zijn: HNP, infectie, ontsteking, (pathologische) fractuur of tumor. Vraag 6 is van belang bij pijngedrag en dreigende chroniciteit. In de CBO-consensus “Richtlijn specifieke lage rugklachten” 2003 worden in navolging van internationale richtlijnen de begrippen “rode en gele vlaggen” gehanteerd. Gegevens uit de anamnese, die wijzen op een specifieke oorzaak, worden ook wel rode vlaggen genoemd. Factoren die het risico verhogen van het ontwikkelen of in standhouden van langdurig disfunctioneren en werkverzuim als gevolg van lage rugpijn, worden “gele vlaggen” genoemd. Deze begrippen zijn bij huisartsen (nog) niet algemeen bekend. In de NHG-Standaard wordt gesproken van ‘alarmsignalen specifieke oorzaken’ (rode vlaggen) en ‘psychosociale risicofactoren’ (gele vlaggen). In deze scoringslijst wordt de terminologie van de NHG-Standaarden gevolgd.

Anamnese

Indien bij de anamnese te scoren gegevens spontaan, dat wil zeggen niet op een vraag van de dokter, door de patiënt gemeld worden, dient dit als ‘goed’ gescoord te worden.

item 5: Deze items worden ook wel ‘rode vlaggen’ genoemd.

Bij radiculare klachten wordt expliciet gevraagd in welk gebied van het been uitstraling wordt ervaren. Bij een radiculair syndroom straalt de pijn uit voorbij de knie.

Overige specifieke aandoeningen, ook wel ‘rode vlaggen’ genoemd:

- *Eerste episode < 20 of > 55 jaar.* Lage rugpijn wordt meestal gezien in de tussenliggende leeftijdscategorie. De huisarts moet op zijn hoede zijn bij rugklachten boven de 50 jaar als de patiënt hier niet bekend mee is en de klachten niet binnen een maand verdwijnen.
- *Constante, niet mechanische en/of progressieve pijn.* Hierbij moet men denken aan infecties, metastasen of maligniteiten.
- *Maligniteiten in anamnese.* Met name prostaat- en mammacarcinoom kunnen metastaseren naar de wervelkolom.
- *Algemene malaise.*
- *Ernstige beperking lumbale flexie.* Dit past bij de ziekte van Bechterew, tezamen met chronische pijn ter hoogte van SI-gewrichten, ontstaan vóór het 35e levensjaar, ochtendstijfheid en nachtelijke pijn.
- *Corticosteroïd gebruik.* Dit verhoogt de kans op osteoporose en inzakkingsfractuur.
- *HIV, harddrugs gebruik, immuunsuppressie.* Deze omstandigheden verhogen de kans op infectie.
- *Bekend met aneurysma van de aorta abdominalis of nierpathologie.* Deze aandoeningen kunnen rugpijn geven. Als de klachten niet mechanisch verklaard kunnen worden en langer blijven bestaan, moet hier aan gedacht worden.

item 6: De NHG-Standaard maakt onderscheid in acute (0-6 weken), subacute (6-12 weken) en chronische lage rugklachten (langer dan 12 weken). Als de klachten langer dan 12 weken aanwezig zijn en als deze samengaan met sterk verminderd functioneren, is er sprake van chronische (specifieke) lage rugpijn. Vaak is er inadequaat pijngedrag en angst om te bewegen. Signalen voor chroniciteit en pijngedrag worden in bovengenoemde richtlijnen ‘gele vlaggen’ genoemd.

Toelichting praktijkscoringslijst (vervolg)

Om dit vroegtijdig te signaleren, wordt geadviseerd hieraan extra aandacht te geven indien acute rugklachten binnen 2 tot 3 weken niet of onvoldoende verbeteren, of steeds recidiveren. In ieder geval na 6 weken dient bij controle dit aspect uitvoerig aan de orde te komen.

Enkele van de psychosociale risicofactoren voor een chronisch beloop zijn:

- pijnvermijdingsgedrag, overtuiging dat pijn weg moet zijn alvorens werk te kunnen hervatten;
- veelvuldige behandelingen gehad met ongunstige nevenwerking;
- pijnmedicatie heeft geen effect;
- er zijn in toenemende mate functionele beperkingen;
- er zijn allerlei andere lichamelijke klachten; beschrijving van klachten in superlatieven;
- fixatie op een mogelijke ernstige aandoening als verklaring voor klachten, steeds vragen om meer (specialistisch) onderzoek;
- afnemend psychisch en emotioneel welbevinden, gevoel van hulpeloosheid, machteloosheid;
- een angststoornis of depressie;
- toenemend sociaal isolement, werkeloosheid;
- verlies van vertrouwen in behandelaars, eventueel conflicten met behandelaars en/of werkgever.

item 7: De Standaard laat ruimte om bij acute rugklachten en recidiverende rugklachten zonder aanwijzingen voor specifieke oorzaken of psychosociale risicofactoren in eerste instantie géén lichamenlijk onderzoek te verrichten. Wel wordt daarbij opgemerkt dat het in het algemeen wel zinvol is om bij spreekuurbezoek een lichamenlijk onderzoek uit te voeren omdat dit effectiever geruststellen mogelijk maakt.

Onderzoek

item 8: *Inspectie*

Staat het bekken recht? Bekkenscheefstand is meestal het gevolg van een beenlengteverschil (BLV) en kan soms al met blote oog geconstateerd worden. Om dit nader te onderzoeken, kan men vervolgens, voor of achter de patiënt hurkend, de handen op beide cristaë iliacaë leggen en kijken op deze hoogte. Men kan plankjes van verschillende dikte gebruiken om te schatten wat het BLV is. $BLV < 2$ cm heeft geen betekenis.

Dysfunctie van een SI-gewricht kan een schijnbaar BLV opleveren, dit verdwijnt echter niet in zithouding, een BLV wel.

Bij een scoliose bekijkt men of deze het gevolg is van een BLV of structureel is. Een geringe scoliose heeft geen betekenis. De scoliose is goed aantoonbaar bij anteflexie: asymmetrie van de thoraxwand.

Soms ziet men een dwangstand of antalginische houding bij acute lumbago.

Soms ziet men een tijdelijke dwangstand of antalginische houding bij acute lumbago.

Bij verdenking op osteoporose wordt gekeken naar lengte (in vergelijking tot vroegere lengte), versterkte thoracale kyphose, cervicale en lumbale lordose en uitpuilen van de buikwand.

Toelichting praktijkscoringslijst (vervolg)

item 9: *Palpatie*

- *Palpatie proc. spinosi*: scoliose? Een geringe scoliose en andere standsafwijkingen hebben geen betekenis.
- *Trapje?* Soms is er een 'trapje' bij een spondylolisthesis palpabel.
- *Drukpijn*: SI-gewrichten (bij verdenking Bechterew)
- *Kloppijn/asdrukpijn*. (metastase, -osteoporotische- fractuur). Afwezigheid van klop-, druk-, of asdrukpijn sluit pathologie niet uit.
- *Afstand bekkenkam/ribbenboog*. Bij verdenking op osteoporose wordt er gelet op een geringe afstand tussen bekkenkam en ribbenboog.
- *onderzoek van abdomen* (aneurysma, niertumor)

item 10: Uit ervaring is gebleken dat anteflexie bij voorkeur als laatste getest dient te worden, dit vanwege de mogelijkheid van beperking bij andere bewegingen door verergering van musculaire pijn na deze beweging.

item 11: De *Lasègue of Straight Leg Raising (SLR)* heeft een hoge sensitiviteit, maar een lage specificiteit.

Er wordt verder voor deze wortelprikkelingsproef gekozen, aangezien de andere testen (Kemp, Nafziger) vooral informatie geven over het al dan niet aanwezig zijn van een centrale discusprolaps. De incidentie van deze aandoening is laag, zodat er in de praktijk niet steeds rekening mee hoeft te worden gehouden.

Bij de proef van Lasègue is het belangrijk erop te letten dat de patiënt zijn spieren ontspant. Dit kan gecontroleerd worden door de m. quadriceps te palperen.

Er moet worden gevraagd in welk gebied van het been de uitstraling wordt gevoeld en of het geheven been 'blokkeert'.

Een positieve Lasègue kan voorkomen bij HNP L4 t/m S2. Aan de hand van de graden kan het verloop in de tijd gevolgd worden. Bij verbetering van het klinisch beeld kan het been steeds verder geheven worden.

Item 11b: De *proef van Bragard* is ook van toepassing als er twijfel bestaat over de uitslag van de proef van Lasègue en kan direct hierop volgend gedaan worden. Bij de proef van Bragard laat men, na het uitvoeren van de Lasègue, het strekte been 10-15 graden zakken en geeft vervolgens dorsaalflexie van de voet. De proef is positief als dezelfde pijn optreedt als bij de proef van Lasègue.

Item 11c: De gekruiste Lasègue wordt als apart onderwerp opgevoerd vanwege de grotere specificiteit dan de gewone Lasègue.

Item 12: *Reflexen*: De voetzoolreflex hoeft niet bepaald te worden, dit geeft informatie over de piramidebaan. KPR: L3 APR: L5-S1

Item 13: *Kracht*: In rugligging of stand. In rugligging moet flink tegenkracht gegeven worden door onderzoeker om een parese niet te missen. In stand moeten de bewegingen enkele keren herhaald kunnen worden door de patiënt.

M. ext. hall. longus: dorsaalflexie grote teen: L5. Voetheffers: hakkengang: m. tib. ant.: L4. Pronatie: mm peronei: L5-S1. Voetbuigers: tenengang: m gastrocnemicus, flex. Dig.: S1-S2

Sensibiliteit: Testen worden niet aanbevolen, anamnestic kan een goede indruk verkregen worden over uitbreiding, onderzoek is tijdrovend en lastig te interpreteren. De NHG-Standaard noemt wel als optie het testen van de sensibiliteit van mediale voetrand (L4), tenen (L5) en laterale voetrand (S1) bij subjectieve sensibiliteitsstoornissen.

Toelichting praktijkscoringslijst (vervolg)

L4: Laterale zijde bovenbeen, voorzijde onderbeen, mediale zijde voet, dig. 1.

L5: laterale zijde boven- en onderbeen, midden voet, dig. 1,2 en 3.

S1: achterzijde boven en onderbeen, laterale zijde voet.

S2: bil, achterzijde been, hiel.

item 14: Bij rugpijn met uitstraling naar het been is het ook van belang om heupaandoeningen uit te sluiten. De mobiliteit en pijn worden getest met passieve flexie, endo- en exorotatie. Bursitis trochanterica geeft geen rugpijn, maar wel pijn in het heupgebied en het bovenbeen en wordt om deze reden hier genoemd. De pijn kan worden opgewekt door druk t.h.v. de trochanter major.

item 15: Het is voor de huisarts van belang de psychosociale risicofactoren voor chroniciteit en pijngedrag te onderkennen. Naast de vragen onder item 6 bij de anamnese zijn er verschillende testen, waarmee getracht kan worden de klachten van de patiënt met chronische lage rugpijn te objectiveren. Het is niet de bedoeling dat ál deze testen gedaan worden. Ze kunnen worden gebruikt om een algemene indruk van de patiënt te toetsen. Een positieve bevinding pleit tegen een somatische oorzaak. Karakteristieke bevindingen zijn:

- palpatie pijn oppervlakkig, wijdverspreid;
- rugpijn bij axiale belasting. Axiale belasting is normaal niet pijnlijk, alleen bij een (pathologische)fractuur;
- gesimuleerde rotatie: de onderzoeker omvat het bekken van de staande patiënt en laat de patiënt een roterende beweging maken om zijn lengteas. Hierbij wordt de rug niet bewogen, deze test kan geen rugpijn veroorzaken;
- Lasègue positief, kan wel vlot overeind komen vanuit lig naar zit met gestrekte benen
- sensibiliteit afwijkend, niet dermatoom gebonden;
- regionaal actieve spier weerstand, niet myotoom gebonden;
- overdreven reactie.

Beleid

Item 19: *Acute aspecifieke lage rugklachten*

- Bij acute lage rugklachten zonder aanwijzingen voor specifieke oorzaken kan in eerste instantie volstaan worden met een (telefonisch) advies. Hetzelfde geldt voor recidiverende rugklachten bij patiënten jonger dan 50 jaar zonder risicofactoren.
- Adviezen die gegeven kunnen worden: “Blijf in beweging, dit bevordert het herstel. Bewegen met pijn veroorzaakt geen schade. Ga zoveel mogelijk door met de dagelijkse activiteiten. Als dat niet haalbaar is, neem dan enige dagen af en toe rust. Vermijdt bukken en draaien, zwaar tillen, lang staan en zitten. Zoek houdingen die weinig pijn geven. Breidt activiteiten geleidelijk uit.”
- De NHG-Standaard beveelt een tijdscontingente aanpak aan indien na 2 tot 3 weken geen verbetering optreedt.
- Bij patiënten met acute lage rugpijn kan ter vermindering van de pijn en ter ondersteuning van een activerend beleid pijnmedicatie worden voorgeschreven. Het middel van eerste keus is paracetamol. Bij onvoldoende effect kan worden overgegaan op een NSAID. NSAID's veroorzaken frequent bijwerkingen op gastrointestinaal gebied en zijn daarom tweede keus. Vanwege risico op bijwerkingen en afhankelijkheid zijn kortdurend kuren met anxiolytica of zwakke opiaten (of combinaties hiervan met paracetamol/NSAID's) laatste keus.

Toelichting praktijkscoringslijst (vervolg)

- Indien er geen verbetering is, kan na 2 tot 3 weken oefentherapie worden overwogen voor ondersteuning van de activerende aanpak.
- Tractie, massage en fysiotechnische toepassingen worden niet aanbevolen
- Bedrust is niet zinvol en kan beter worden vermeden.
- Eerder laten terugkomen bij: ernstige pijn, toenemend krachtsverlies of tekenen cauda equina syndroom (mictiestoornissen en rijbroekanesthesie).

Item 20: Subacute lage rugpijn

- Tijdgebonden, activerende aanpak door de huisarts. Bedrust moet vermeden worden en kan zelfs schadelijk zijn. Oefenen, ook met pijn, is effectiever dan niets doen.
- Pijnmedicatie: zie acute lage rugpijn.
- Overweeg verwijzing fysiotherapie, manuele therapie.
- Overweeg verwijzing psycholoog bij psychosociale risicofactoren voor chronisch beloop.

Chronische lage rugpijn

- Tijdgebonden, activerende aanpak door de huisarts. Bedrust moet vermeden worden, kan zelfs schadelijk zijn. Oefenen, ook met pijn, is effectiever dan niets doen.
- Pijnmedicatie: zie acute lage rugpijn.
- Nadruk op omgaan met klachten, acceptatie status-quo.
- Er kan verwezen worden naar rugpoli, rugscholing of revalidatie arts voor multidisciplinaire behandeling met oefentherapie.
- Manuele therapie kan gebruikt worden als onderdeel van een activerend beleid.
- Voor tractie, massage en fysiotechnische toepassingen geldt hetzelfde als bij acute lage rugklachten.
- Een korset wordt niet aanbevolen.
- Gedragstherapie kan zinvol zijn bij sterke aanwijzingen voor psychische factoren die klachten in stand houden.

Lage rugpijn door specifieke oorzaken:

Item 21 : Lumbosacraal radiculair syndroom

- Geef voorlichting over aandoening en alarmsymptomen.
- Bedrust wordt niet aanbevolen. Zoveel mogelijk in beweging blijven. Bij ernstige klachten kortdurend bedrust (max. 2-3 dagen).
- Geef adviezen over tijdcontingente uitbreiding van activiteiten.
- Pijnbehandeling: zie acute lage rugpijn.
- Oefentherapie en manuele therapie kunnen onderdeel zijn van de activering.

Verwijzen bij:

- progressief krachtsverlies;
- progressief gevoelsverlies;
- aanhoudende ernstige pijn;
- klachten wijzend op cauda equina syndroom.

Toelichting praktijkscoringslijst (vervolg)

Item 22: *Osteoporose*

- Aanvullend onderzoek: op indicatie:
 - laboratorium onderzoek: BSE en alkalische fosfatae wordt bepaald bij verdenking maligniteit; TSH, calcium en fosfaat bij verdenking hyperthyreoidie resp. hyperparathyreoidie;
 - röntgenfoto: uitsluiten metastase en wervelfractuur.
- Voorlichting: bespreek gezond voedings- en leefpatroon en geef adviezen over valpreventie.
- Pijnmedicatie: zie acute lage rugpijn.
- Verwijzen bij osteoporotische fracturen bij vrouwen < 50 en mannen < 65 jaar; secundaire osteoporose bij endocriene aandoeningen.

Overige specifieke oorzaken

- Aanvullend onderzoek: zie onder aanvullend onderzoek bij osteoporose. Enkele aandoeningen van het abdomen kunnen ook rugpijn veroorzaken, zoals aneurysma van de aorta abdominalis en een niertumor.
- De huisarts kan bij een vermoeden op deze aandoeningen in eerste instantie een echografie aanvragen óf direct verwijzen.
- Verwijzing naar neuroloog, orthopeed, internist of reumatoloog al naar gelang in welke richting de verdenking gaat.

Praktijkscoringslijst

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

	niet gedaan	fout gedaan	goed gedaan
Anamnese			
1. Ontstaan van klachten (al dan niet acuut, trauma, distorsie)	0	0	0
2. Informeer naar pijnkenmerken			
- ontstaan, duur, beloop	0	0	0
- lokalisatie	0	0	0
- ernst	0	0	0
- beïnvloedende omstandigheden (hoesten, niezen, persen)	0	0	0
- houdingsafhankelijkheid	0	0	0
3. Zelfzorg	0	0	0
4. Voorgeschiedenis: eerdere rugpijnepisode	0	0	0
5. Informeer naar / houdt rekening met specifieke oorzaken	0	0	0
<i>Neurologische verschijnselen</i>			
- uitstraling pijn	0	0	0
- uitval motorisch	0	0	0
- uitval sensibel	0	0	0
- mictiestoornissen, rijbroekanesthesie	0	0	0
<i>Overige aandoeningen</i>	0	0	0
6. Houdt rekening met psychosociale factoren (met name bij dreigende chroniciteit)			
- effecten eerdere behandelingen	0	0	0
- functioneren werk, gezin, sociaal	0	0	0
- psychisch welbevinden	0	0	0
- beleving van pijn, wijze van omgaan met pijn	0	0	0
- ziektewinst	0	0	0
7. Besluit op correcte overwegingen geen lichamelijk onderzoek uit te voeren.	0	0	0

vervolg praktijkscoringslijst

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

	niet gedaan	fout gedaan	goed gedaan
Lichamelijk onderzoek			
8. Inspectie in rust bij staande patiënt			
- laat rug en benen ontbloten	0	0	0
- wervelkolom van dorsaal (bv. scoliose, asymmetrie, bekkenscheefstand, "trapje")	0	0	0
- wervelkolom van lateraal (lordose / kyphose)	0	0	0
9. Palpatie: gericht op enkele specifieke oorzaken			
10. Functieonderzoek			
- lateroflexie; li-re verschil?	0	0	0
- retroflexie	0	0	0
- anteflexie: snelheid en ritme van beweging, beperking, uitstraling naar been	0	0	0
11. Provocatie test bij verdenking radiculair syndroom (op indicatie):			
11a <i>Lasegue of SLR (Straight Leg Raising)</i>			
- hef passief het gestrekte been (bovenbeenspier ontspannen)	0	0	0
- lokalisatie pijn voorbij knie bij maximaal haalbare stand voor patiënt	0	0	0
- bepaal hoek tussen been en bank in uiterste stand	0	0	0
- let op li-re verschil	0	0	0
11b <i>Bragard</i>	0	0	0
11c <i>Gekruiste Lasègue</i>	0	0	0
12. Reflexen			
- KPR	0	0	0
- APR	0	0	0
- let op li-re verschil	0	0	0
13. Spierkracht	0	0	0
- teenheffers (m.ext.dig., m.n. ext. hall. long.)	0	0	0
- voetheffers (m. tib. ant.) (hakkenloop)	0	0	0
- voetbuigers (tenenloop)	0	0	0
- let op li-re verschil	0	0	0
14. Overig onderzoek in rugligging (op indicatie)	0	0	0
15. Betreft aanwijzingen voor psychosociale risicofactoren bij lichamelijk onderzoek	0	0	0

vervolg praktijkscoringslijst

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

	niet gedaan	fout gedaan	goed gedaan
Evaluatie			
16. Trekt correcte conclusie	0	0	0
17. Overweegt specifieke oorzaken	0	0	0
18. Houdt adequaat rekening met psychosociale risicofactoren	0	0	0
Beleid			
19. <i>Acute aspecifieke lage rugpijn</i>			
- geeft adequate uitleg	0	0	0
- advies over activiteit	0	0	0
- pijnstilling	0	0	0
- maakt duidelijke afspraken over controle	0	0	0
20. <i>Subacute en chronische aspecifieke lage rugpijn</i>			
- tijdgebonden aanpak	0	0	0
- geeft juiste adviezen	0	0	0
- adequate pijnstilling	0	0	0
- adequate controle / verwijzing	0	0	0
21. <i>Lumbosacraal radiculair syndroom</i>			
- tijdgebonden aanpak	0	0	0
- activiteiten geleidelijk laten uitbreiden	0	0	0
- pijnstilling	0	0	0
- advies over bedrust bij ernstige klachten (zo kort mogelijk)	0	0	0
- uitleg over alarmsymptomen	0	0	0
- adequate controle / verwijzing	0	0	0
22. <i>Overige aandoeningen</i>			
- verricht correct aanvullend onderzoek	0	0	0
- adequate controle / verwijzing	0	0	0

Algemene indruk (0-10):

Opmerkingen:

Scoringslijst Korte Klinische Beoordeling

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

	onvoldoende			matig			goed			niet geobserveerd
1. Anamnese Stimuleert patiënt om klachten te vertellen. Stelt adequaat vragen en geeft adequaat aanwijzingen om de noodzakelijke informatie te verkrijgen. Reageert adequaat op emotie en non-verbale signalen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
2. Lichamelijk onderzoek Houdt logische en efficiënte volgorde aan; kiest een goed evenwicht tussen algemeen en hypothesegericht onderzoek; informeert de patiënt; is attent op de belasting voor de patiënt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
3. Probleemanalyse, klinisch redeneren Adequaat en selectief gebruik van diagnostische procedures en aanvullend onderzoek met goede afweging van risico's en opbrengst.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
4. Beleid Formuleert (zo mogelijk evidence based) adequaat beleid, noodzakelijke begeleiding, indicaties voor nader onderzoek en/of verwijzing.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
5. Communicatie met de patiënt, informatieoverdracht Geeft in voor patiënt begrijpelijke bewoordingen uitleg, vraagt om instemming waar nodig, overlegt over het te voeren beleid.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
6. Organisatie en efficiëntie Organiseert adequaat, bewaakt de tijd, is doelmatig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
7. Professioneel gedrag Toont respect, betrokkenheid en empathie. Genereert vertrouwen bij patiënt. Reageert adequaat op ongemak en gene. Bewaakt adequaat eigen grenzen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0