

“Lage rugpijn: geen reden om niet te werken!”



Dr. Van de Kelft:
“De kans op een terugkeer in het arbeidscircuit voor wie langer dan twee jaar thuis zit met lage rugpijn, is nul.”

Gerenommeerd rugchirurg Erik Van de Kelft (AZ Nikolaas) noemt de hoop van de regering om met de geplande reïntegratie van chronisch zieken 100 miljoen te recupereren, ijdel. Hij bepleit een radicaal andere aanpak van patiënten met chronische lagerugpijn. “Wie langer dan twee jaar thuis zit met lagerugpijn, moet je gerust laten. Tracht anderen terug aan het werk te krijgen ‘op therapeutische basis.’”

“Oorzaken van chronische ziekten zijn vooral psychisch, maar op nummer twee staat chronische lage rugpijn. Voor 70% is lage rugpijn door slijtage genetisch bepaald. Daaraan is weinig te doen. Regelmatig langer dan 2u zitten, tillen en trillen doet de lage rug echter sneller verslijten. Het zware tilwerk op de werkvloer is echter voor een groot stuk gebannen. Waarom neemt thuiszitten door lage rugpijn dan zo sterk toe?

1. Voor 80% van deze patiënten (chronisch = langer dan drie maanden) kunnen we geen pijngenerator aanduiden. De arts moet de patiënt geloven als die klaagt van lage rugpijn zonder duidelijke oorzaak.
2. Uit een rondvraag bij bijna 200.000 werknemers blijkt dat 75% zijn werk graag doet. Bij de groep die minder dan 1.500 euro per maand verdient echter, meldt 40% dat hun werk op termijn hun dood betekent. 51% van hen beschouwt hun werk als veel te zwaar. Is daarenboven het inkomstenverschil tussen werken en thuisblijven klein, dan wordt het moeilijk om deze groep, mét pijn, toch voor werk te motiveren.”

“Prof. dr. **Marc Dubois**, Verzekeringsgeneeskunde KU Leuven, vroeg zich in zijn doctoraal proefschrift af wat er gebeurt met wie twee jaar of langer thuisblijft door lage rugpijn. De kans op terugkeer naar het arbeidscircuit bleek nul. Na twee jaar thuis te zitten mét pijn, blijkt de bio-psycho-sociale problematiek zo ingrijpend dat werkhervatting voor beide partijen (ook voor de werkgever) onmogelijk wordt. Het is dus nonsens om die mensen terug in het arbeidscircuit te willen krijgen. Werkgevers staan ook niet te springen om hen terug in dienst te ne-

men. Ga je opnieuw werken, maar val je na enkele dagen weer uit, dan moet de werkgever je de volgende weken vergoeden zonder tegenprestatie. Halftime aan het werk en halftime een vervangingsinkomen kan wel, maar dat is vaak al een brug te ver. Die regeling moet dus soepeler. Zelfs bij een beperkte (beperkt in uren én in rugbelasting) werkhervatting, blijkt uit buitenlandse voorbeelden dat dit vaak op termijn toch niet lukt.”

“Laat deze mensen daarom met rust en zorg voor een beperkt, maar gegarandeerd vervangingsinkomen. Ik zie meer heil in preventie. Het kantelmoment waar patiënten met lage rugpijn dreigen te evolueren naar de hoger beschreven groep ligt tussen zes weken tot twee maanden nadien arbeidsongeschiktheid. In Nederland gaan mensen vrij snel terug aan de slag op ‘therapeutische basis’ (zie kader). Terug gaan werken wordt daar beschouwd als therapie. In België ziet men dat als vloeken in de kerk.”

Korter op de bal

“Chronisch zieken met lage rugpijn die lang (> 2 jaar) out zijn terug aan het werk krijgen zodat ze weer geld in het laatje van de sociale zekerheid brengen, is *wishful thinking*. Speel veel korter op de bal. De behandelend arts moet zich afvragen of in het begin een arbeidsongeschiktheid een meerwaarde betekent in de genezing. De arbeidsongeschiktheid mag bij aanvang nooit langer dan een week worden voorgeschreven zonder nieuwe controle. Voer ‘werken op therapeutische basis’ in; zowel de werkaard als -duur moet in deze periode worden aangepast aan de klacht. Dit werk moeten patiënt en omgeving zien als deel van de therapie; ‘werken werkt!’. Een trio moet de arbeidsongeschiktheid voor een langere

periode vastleggen: de behandelend, de arbeids- én de adviserend arts. Vandaag worden behandelend artsen betaald om arbeidsongeschiktheidsattesten te schrijven. Hoe meer ze er schrijven, hoe meer ze beloond worden. Desnoods gaat de patiënt medisch shoppen om die attesten te krijgen.”

“De drie artsen moeten zich afvragen of thuisblijven een meerwaarde is. Voor iemand met een discushernia en verschrik-

kelijk veel rugpijn en pijn in zijn been, die met moeite uit bed geraakt, is die meerwaarde er zeker. Maar wie met rugpijn thuis in de zetel zit, elke dag gaat wandelen en met vakantie gaat, kan evengoed gaan werken.” ■

Pascal Selleslagh

Dr. Van de Kelft komt hierover spreken op het symposium ‘Medische Wereld’ van het UZ Brussel op 22 april.

Therapeutisch werken en betere diagnostiek

• Het Nederlandse voorbeeld

Mensen met chronisch lage rugpijn gaan terug aan het werk met minder uren én geen rugbelasting (niet tillen, torsen of te lang zitten). Dat kan al voor maar één uur/d. Elke 14 dagen is er een medische evaluatie. Gaat het beter, dan wordt er meer gewerkt; zo niet kan dit regime maximaal 2 jaar lopen. Lukt het dan nog niet, is men definitief arbeidsongeschikt.

• Kritiek op aanpak minister De Block

Wie langer dan twee jaar thuis zit weer integreren in het arbeidscircuit is onbegonnen werk. Het zal veel frustratie en woede opwekken bij zowel de patiënten als bij de werkgevers én het zal zeker nooit de verhoopte 100 miljoen opleveren. Misschien wél kosten als de overheid partieel gesubsidieerde jobs gaat creëren. Daarom: meer flexibiliteit, in overleg met werkgevers en het Riziv, en betere arbeidsomstandigheden, samen met attestering door het vermelde trio artsen. Het therapeutisch aspect van werken moeten ook wij aanvaarden.

• Meest efficiënte therapie

We moeten vooral meer investeren in verfijndere en nieuwe diagnostiek; bij 80% van deze patiënten kunnen we geen duidelijk pijnmechanisme aanduiden. Iedereen mét maar ook iedereen zonder rugklachten heeft op de medische beeldvorming wel ‘een afwijking’ zonder dat dat iets hoeft voor te stellen. Een heleboel mensen hebben afwijkingen aan hun rug op de beeldvorming, maar geen rugpijn. Wij hebben dat zelf veel onderzocht.” Dit is zeer frustrerend voor de welwillende arts en stuit op onbegrip bij de patiënt; nog meer frustratie dus. Betere diagnostiek reduceert die 80% ‘onwetendheid’ om te komen tot een definitie van subgroepen. Die kunnen we dan vergelijken en prospectief bestuderen, om te weten te komen welke therapie bij welk soort rugpijn het meest efficiënt is.