

Lage rugpijn: melkkoe van artsen en de farmaceutische industrie

## ‘Als je lage rugpijn hebt, is werken beter dan thuisblijven’

Lage rugpijn houdt duizenden Belgische werknemers thuis. Vaak jarenlang. De juiste behandeling krijgen ze niet, want meestal kunnen artsen geen oorzaak vinden. Neurochirurg Erik Van de Kelft luidt de noodklok: ‘Zo kan het niet verder. Er moet dringend onderzoek komen dat betere diagnoses mogelijk maakt. In afwachting moeten zoveel mogelijk rugpatiënten weer aan de slag.’

DOOR ANN PEUTEMAN, FOTO JONAS LAMPENS

‘P’atiënten met chronische lage rugpijn kosten de samenleving vandaag handenvol geld’, zegt neurochirurg Erik Van de Kelft. ‘Omdat we hen overbodige behandelingen en onderzoeken laten ondergaan én omdat ze meestal niet meer gaan werken. Hoog tijd om van koers te veranderen.’

Van de Kelft, die gespecialiseerd is in chronische lage rugpijn, ontvangt zijn patiënten onder het kunstlicht van zijn kantoor in het AZ Nikolaas, een ziekenhuis in het hart van Sint-Niklaas. De voorbije uren kreeg hij veertig mensen uit de weide omgeving op consultatie, van wie velen hoopten dat hij ze met een operatie van hun rugpijn zou kunnen verlossen. ‘Mensen hebben nog nooit zo weinig rugbelastende arbeid moeten verrichten als vandaag’, zegt hij. ‘Honderd jaar geleden stond het gros van de bevolking tenslotte nog op het veld of aan een weef-

getouw in de fabriek. Toch komen er jaar na jaar 40.000 langdurig zieken bij, van wie velen last hebben van lage rugpijn. Met andere woorden: we zijn het probleem al jaren aan het behandelen, en toch wordt het alleen groter. We zijn niet goed bezig, en we moeten de intellectuele eerlijkheid hebben om dat te erkennen.’

**Hoe komt het volgens u dan dat het aantal mensen met chronisch lage rugpijn toch blijft toenemen?**

ERIK VAN DE KELFT: In 80 procent van de gevallen kennen we de oorzaak niet. ‘Niet-specifieke chronische lage’ rugpijn noemen we dat. Als een patiënt me vertelt dat hij pijn heeft, moet ik hem natuurlijk geloven. Anders kan ik de geneeskunde maar beter meteen voor bekeken houden. Maar in de meeste gevallen kan ik de oorzaak dus niet vinden. Dat is behoorlijk frustrerend. **Ook niet als u een radiografie of een scan laat maken?**

VAN DE KELFT: In vergelijking met de ideale rug van een achttienjarige zijn er aan elke rug afwijkingen te zien: slijtage en artrose treden al op vanaf je vijftienvijftigste. Dat wil helemaal niet zeggen dat die afwijkingen ook de oorzaak van pijn zijn. In 95 procent van de gevallen heeft medische beeldvorming geen enkele zin. En toch wordt in België elk jaar voor 40 miljoen euro aan foto’s gemaakt van mensen die klagen over lage rugpijn. In 60 procent van de gevallen wordt er binnen de week zelfs een CT- of NMR-scan gemaakt. Maar als u morgen lage rugpijn krijgt, omdat u in de tuin hebt gewerkt of zware boodschappentassen hebt getild, is de kans groot dat u binnen de zes weken vanzelf weer beter bent.

**Waarom zweren zoveel artsen dan toch bij medische beeldvorming?**

VAN DE KELFT: Omdat artsen in dit land nog altijd per prestatie worden betaald. Het is ook gemakkelijker om een scan voor te schrijven dan om een patiënt uit

ERIK VAN DE KELFT: ‘In België wordt elk jaar voor 40 miljoen euro aan foto’s gemaakt van mensen die klagen over lage rugpijn. In 95 procent van de gevallen is dat zinloos.’



**ERIK VAN DE KELFT:** 'Rugpatiënten die de jarenlang morfine hebben gekregen, worden nu massaal in het ziekenhuis opgenomen om 8 dagen te ontwennen.'

► te leggen dat er weinig kans is dat die iets zal opleveren. Veel artsen laten liever een foto maken, en schrijven de pijn dan toe aan de afwijkingen die daar altijd wel op te zien zijn. De behandeling die de patiënt vervolgens krijgt, hangt af van de arts bij wie hij is terechtgekomen: in een pijnklinik zal hij een spuit in zijn rug krijgen, een fysiotherapeut zal kinesitherapie voorschrijven, en de handen van een chirurg zullen jeuken om hem te opereren. **De uwe ook?**

VAN DE KELFT: Ik zal nooit een patiënt opereren als ik de oorzaak van zijn pijn niet ken. Veel mensen zijn daar helemaal niet mee opgezet. 'Moest ik daarvoor helemaal naar Sint-Niklaas komen en zoveel betalen?' zie ik ze dan denken. Op zich zou opereren voor mij gemakkelijker zijn: dan is de patiënt tevreden en verdien ik veel geld. Maar daarmee is hij nog niet van zijn pijn af. **Toch doen veel van uw collega's het zo?**

VAN DE KELFT: De kans dat je wordt geopereerd voor niet-specifieke chronische lage rugpijn is in sommige medische centra in West-Vlaanderen tien keer groter dan in Vlaams-Brabant. Dat vind ik vreemd. Of gelooft u echt dat West-Vlaamingen zo hard werken dat ze hun rug veel sneller verslijten?

Die overbodige operaties zijn niet het enige probleem: er is ook nog een psychologisch effect. Als een arts tegen zijn patiënt zegt dat zijn rug helemaal versleten is, gaat die zich daar ook naar gedragen. De kans is groot dat hij ervan overtuigd raakt dat hij nooit meer een gewoon leven zal hebben, daardoor niet meer wil gaan werken, en op den duur zelfs helemaal geïsoleerd geraakt.

**Wat moet een arts dan wel doen om een patiënt met lage rugpijn te helpen?**

VAN DE KELFT: Om te beginnen moet je hem pijnmedicatie geven. Al lukt het vaak niet om de pijn helemaal weg te nemen. Daar hebben de meeste patiënten het moeilijk mee: dat er geen pilletje bestaat dat hun pijn meteen doet verdwijnen.

**Veel van uw collega's geven dan toch morfine?**

VAN DE KELFT: Dat is een slecht idee. Morfine helpt niet echt tegen de pijn, en heeft veel

lastige nevenwerkingen. De zelfredzaamheid van oudere mensen verminderd er bijvoorbeeld opvallend door. Tegenwoordig worden patiënten met chronische lage rugpijn die de afgelopen jaren morfine hebben gekregen massaal in het ziekenhuis opgenomen om acht dagen lang te ontwennen. We moeten

het dus met andere pijnmedicatie doen, en aanvaarden dat de pijn daarmee niet altijd helemaal kan worden weggenomen.

Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt beweegt. Durft hij dat niet, dan kan het een goed idee zijn om kinesitherapie voor te schrijven, zodat hij onder begeleiding kan bewegen. En ten slotte moet de huisarts of de behandelende arts ook in het oog houden of de rugpijn geen psychisch probleem wordt. **U bedoelt dat het tussen de oren kan gaan zitten?**

VAN DE KELFT: Stel, een frituuruitbater zit al zes weken thuis met lage rugpijn. Dan is de kans groot dat hij zich grote zorgen over de toekomst begint te maken. Hoelang kan hij zijn afbetalingen blijven doen? Zullen zijn klanten nog terugkomen? Die angst is niet bevorderlijk voor het genezingsproces. Vaak kan de huisarts die psychische problemen zelf opvangen, en anders kan hij zijn patiënt naar een psycholoog doorsturen. Nog beter is het als de patiënt snel weer gaat werken.

**Mét die vreselijke rugpijn?**

VAN DE KELFT: In veel jobs maakt dat weinig verschil: zowel thuis als op je werk zit je op een stoel. Maar als je gaat werken heb je tenminste afleiding, voel je je nodig en nuttig, en heb je contact met je collega's. Hoe langer je thuisblijft, hoe moeilijker het is om weer aan de slag te gaan. De kans dat je na twee jaar nog naar je job terugkeert, is zelfs zo goed als nihil.

**En wat met mensen die tijdens de werkuren zware arbeid moeten verrichten?**

VAN DE KELFT: Het aantal beroepen die belastend zijn voor de rug neemt in ijltempo af, doordat in alle mogelijke sectoren steeds meer machines en computers worden gebruikt. Onlangs nog hoorde ik van een kaasproducent die een soort robots gebruikt om zware kaasbollen om te draaien. Vroeger was dat mensenwerk. Voor iemand die in de haven containers moet lossen is het natuurlijk minder evident om snel weer aan de slag te gaan. De kans is ook groter dat die havenarbeider na korte tijd hervalt. 68 procent van de mensen die langdurig ziek zijn door lage rugpijn werkt als arbeider. Dat is geen toeval. Maar daar is nog een andere reden voor: als je weinig verdient, is het verschil tussen je loon en je vervangingsinkomen niet zo groot. Toch niet groot genoeg als moti-

vatie om met pijn weer te gaan werken. **Zou het niet helpen als meer werkgevers rugpatiënten tijdelijk aangepast werk lieten doen?**

VAN DE KELFT: Zeker, maar in de praktijk zien we dat werkgevers het liefste hebben dat een werknemer pas terugkeert als hij helemaal beter is. Ze zijn bang dat hij anders al na een week weer hervalt – en zij hem daarna nog een maand moeten betalen, zonder dat hij komt werken. Dat is trouwens niet het enige vlak waarop werkgevers tekortschieten: maar één op de vijf investeert intensief in de preventie van rugproblemen.

**Er zijn toch ook mensen die zoveel pijn hebben dat ze onmogelijk nog kunnen werken?**

VAN DE KELFT: Dat is een kleine minderheid. En van die groep kunnen de meesten nog altijd iets doen. Daarom pleit ik ervoor om een deel van hun uitkering afhankelijk te maken van licht vrijwilligerswerk. Ze zouden bijvoorbeeld in een rusthuis kunnen bijspringen om de bewoners te helpen bij het eten. Dan komen ze tenminste weer buiten en krijgen ze een groter gevoel van

eigenwaarde. Het groepje dat zulke dingen niet meer kan, is heel klein. Bij hen is de chronische lage rugpijn meestal een chronisch pijnsyndroom geworden. De pijn heeft hun hersenen bewerkt en herwerkt, waardoor ze helemaal gebroken zijn. Die mensen slapen slecht, zijn chronisch vermoeid en moeten vaak antidepressiva slikken. Zij kunnen nooit meer gaan werken.

**Zegt u nu dat we ons erbij moeten neerleggen dat artsen in 80 procent van de gevallen niet weten waarom iemand chronische lage rugpijn heeft?**

VAN DE KELFT: Natuurlijk niet. Er is dringend nood aan meer onderzoek. Nu is het onbegonnen werk om verschillende behandelingen met elkaar te vergelijken, want in die groep van 80 procent zitten mensen die om de meest uiteenlopende redenen lage rugpijn hebben. Als we statistieken bijhouden over de slaagkansen van bepaalde therapieën, vergelijken we dus

appels met peren. Om vooruit te kunnen gaan, moeten we in eerste instantie subgroepen proberen te detecteren. Binnen die groepen kunnen we dan behandelingen uittesten en kijken welke aanpak het beste resultaat geeft. Alleen zo kunnen we aan die 80 procent beginnen te knabbelen.

**Er moeten dus meer tijd en middelen in onderzoek worden geïnvesteerd?**

VAN DE KELFT: Inderdaad. Dat gebeurt vandaag nog niet, vooral omdat het niets opbrengt. Toch niet op korte termijn. De farmaceutische industrie is uit op snel gewin, en investeert liever in nog meer behandelingen en de ontwikkeling van steeds weer andere implantaten. Gevolg is dat we de voorbije tien jaar een explosie van rugoperaties hebben

gezien. Hoog tijd om in nieuwe diagnoses te investeren in plaats van in nieuwe behandelingen. Daar zullen niet alleen de patiënten beter van worden. Onze hele samenleving zal er wel bij varen. **■**

**'Maar 1 op de 5 werkgevers investeert intensief in de preventie van rugproblemen.'**