

Op zoek naar een consensus model voor de aanpak van rugpijn.

Jan B. Eyskens, Lic. Kinesitherapie en Motorische Revalidatie, Bewegingsconsulent.

INLEIDING

Een klacht, een letsel, een therapie.

De gestadige vooruitgang van de laatste 30 jaar in het begrijpen van rugletsels en hun biomechanica heeft paradoxaal genoeg niet bijgedragen tot een daling van de incidentie van lage rugklachten. Invaliditeit en uitkeringen omwille van rugklachten nemen integendeel steeds meer in het oog springende proporties aan. Organische letsels, zoals radiologisch uitgesproken discusproblemen vertalen zich niet altijd in evenredige symptomen en/of functionele problematiek (G. Waddell - 1998). De bevindingen op CT - of MRI - onderzoek of bij operatief ingrijpen, zijn bij uitgesproken functionele klachten vaak weinig bevestigend.

Ondanks een (Therapie, een acte uitgevoerd op een vermoedelijk onderliggend organisch letsel, persisteren of verergeren klachten vaak en neemt de invaliditeit toe. Patiënten zonder geverifieerd organisch letsel dreigen te worden gestigmatiseerd. Klassieke hulpverleners, van op de schoolbanken gericht op de behandeling van de onderliggende organische letsels, staan perplex als blijkt dat rugpijn en rugletsels niet congruent samengaan.

Een andere aanpak zou gestoeld kunnen worden op het beschouwen van pijn niet alleen als signaal van weefselbeschadiging, maar ook en gelijktijdig van het lijden in de brede zin van het woord. De nadruk ligt dan op de invaliditeit en op functieherstel. De geneeskunde zou daarbij afstappen van de opgedrongen rol om pijn uit de wereld helpen, waarbij vaak valse hoop wordt gewekt (Waddell).

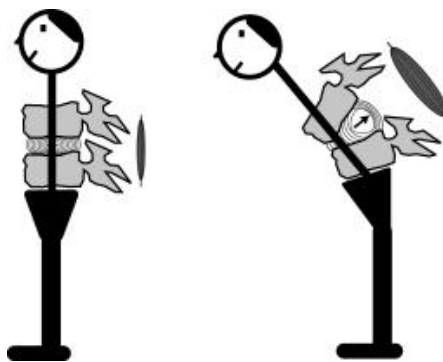
Aandachtspunten zijn verder:

- De terminologie: naast de term "psycho-sociaal" (Lucius - 1998) is wellicht de term bio-psycho-sociaal meer geëigend.
- Het groeiend gezondheidsbesef: gezond zijn betekent niet noodzakelijk vrij zijn van symptomen. We kennen allemaal rugpijn en andere musculoskeletale klachten op één of ander moment (W. Everaerd - 1999).

- Het zelfimiterend karakter van vele aandoeningen: ook bij rugproblemen verdient dit verschijnsel de nodige aandacht.

In wat volgt zullen we vanuit de literatuur trachten verklaringsmodellen te vinden voor de klacht "mijn rug doet pijn".

Verder willen we een aanpak voorstellen die, met de grootst mogelijke evidentie, rekening houdt met de relevant gebleken aspecten en actoren. We kunnen spreken van een drieluik met de patiënt als hulpvrager, de arts(en) en de bewegingsconsulent als hulpverleners en de overheid als maatschappelijk geïnteresseerde.



Het model: belasting en draagkracht.

In de notie "belasting en draagkracht" kunnen de meespelende factoren in twee categorieën onderverdeeld worden:

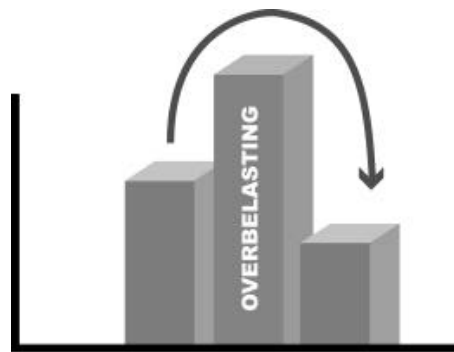
Jan B. Eyskens

Fr. Rottiersstraat 3
2880 Wintam - Bornem
03 889 888 2
eyskens@beweging.org

- De invloeden die het musculoskeletaal stelsel, in casu de rug, belasten.
- De factoren (intrinsiek of extern) die de draagkracht van de wervelkolom vergroten of bestendigen.

We kunnen te weten komen wat de wervelzuil van deze patiënt wel en niet belast aan de hand van de belastingsanamnese (Swezey - 1978), eventueel geholpen door specifieke belastingstests. Vastgesteld kan worden of het functioneel gebruiken van de lende in flexie, of in extensie, of eventueel in beide, pijnuitlokkend is.

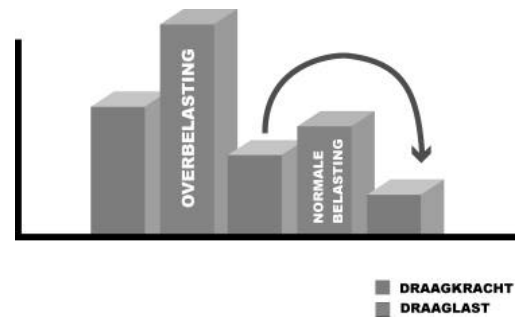
We dienen ervan uit te gaan dat elke beweging en elke houding (over)belastend is als ze te lang wordt volgehouden. Het Assepoester syndroom, voor de spiercomponent, geeft hiervan een beschrijving (J.A. Hagg - 1987).



De combinatie van de factor belasting met de factor tijd én herhalingsfrequentie, zal bepalend zijn voor het al dan niet geconfronteerd worden met de grens der belastbaarheid. Vermoeidheid en pijn zullen (G. Waddell - 1998) de grenzen van de natuur duidelijk maken, althans in een eerste fase.

"Cultuur versus natuur".

Intercultureel onderzoek brengt een groot verschil aan het licht tussen westerlingen enerzijds en Afrikaanse natuurmensen anderzijds. Deze laatste blijken meer met holle rug te tillen en te zitten. Daarbij hebben ze langere beenspieren en soepelere gewrichten (enkels, knieën, heupen en lende). De gewichthefferstechniek, een veilige manier van tillen, wordt bij natuurlieken spontaan gebruikt.



Onze cultuur dringt ons dus een grotere rugbelasting op, wat aansluit bij de literatuur van lage rugklachten (A. Nachemson - 1979 en Adams et al 1983) die juist frekwente, langdurige, belaste en eindstandige flexie aanwijst als oorzakelijk, uitlokkend en onderhoudend voor rugpijn.

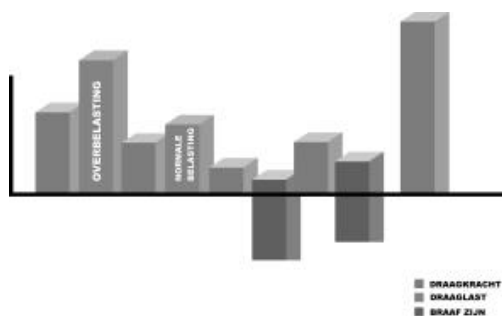
Dat rugpijn universeel is, bewijst Waddell na contact met de plattelandsbevolking in Oman. Nog nooit hadden ze van orthopedie of chirurgie gehoord, maar rugpijn kenden ze allemaal. Het groot verschil met rugpijn in onze contreien, is dat bij de natuurlieken weinig mensen door die rugpijn geïnvaleideerd zijn. Anderson - 1998, bevestigde reeds in 1984 de virtuele afwezigheid van invaliditeit bij een Nepalese boerengemeenschap, waar tot 40 % van de mensen rugpijn hadden op het moment van de ondervraging.

Het humane model: luisteren naar het lichaam.

'Maar dat moet ik toch kunnen'; 'Iedereen doet dat!'; 'Vroeger kon ik dat allemaal zonder pijn' zijn uitingen van het basisgevoel dat bij vele mensen het lichaam aandrijft. Nociceptieve pijn kan ons bewust maken van eventuele overbelasting. Vaak gebeurt dit, maar dan te laat. Als de draagkracht wordt overschreden en symptomen van vermoeidheid, stijfheid en pijn de kop opsteken, laat de natuur haar grenzen zien. Blijft het probleem duren en de draagkracht 'overbelast', dan zal het opgelopen letsel - hoe miniem ook - de draagkracht nadelig beïnvloeden en reduceren. We worden steeds kwetsbaarder. Herhaalde handelingen zijn daarom het meest bedreigend.

Langdurig 'aangehouden' houdingen en activiteiten worden bijna steeds als evident ervaren zonder erbij stil te staan dat zij

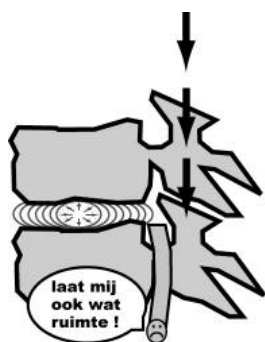
veeleisend zijn voor de rug.



Uiteindelijk kan de draagkracht zo gedaald zijn dat ook de eenvoudigste dagelijkse activiteiten teveel worden, en men zich afvraagt waar het fout gaat. Op dat moment moet de hulpverlener de patiënt laten inzien dat zijn houdingen en bewegingen aan de gond liggen van zijn klachten.

Een functioneel model: beweging en houding.

Wat bewegingen betreft, onderscheiden we vier categorieën. Twee kenmerken die bewegingen die bewust verlopen als gevolg van een gekregen bevel (STA!) of van een doel (Het gebruik van een toets bij PC werk). Twee andere soorten bewegingen ontsnappen aan de aandacht van de persoon. Onbewust zijn de tic (Je ziet hem bij een ander, niet bij jezelf) en de functionele beweging (Hoe beweegt de schouder bij het indrukken van een toets ?).



Iedereen heeft een eigen bewegingspatroon, een specifiek werk, een bepaalde sport, een hobby. Daar hij alleen iets kan vertellen over zijn bewuste bewegingen zal de patiënt, wanneer gevraagd naar wat hij of zij echt doet gedurende de dag, een antwoord geven dat de realiteit niet volledig dekt.

Meestal antwoordt hij 'Niets', bedoelende 'Niets speciaals', 'Niets dat ik eigenlijk niet zou mogen doen', 'Iets wat iedereen doet en

ik dus ook zou moeten kunnen doen zonder problemen'. Op eerder defensieve wijze volgen doorgaans 'Ik stofzuig, dat is toch normaal', 'Ja, ik doe boodschappen, dat is toch gewoon'. 'Ja, ik strijk voor mezelf, mijn echtgenoot en mijn twee kinderen, dat kan toch niet anders!' Dat stofzuigen, boodschappen doen en strijken door de patiënt in de erop volgende belastingsanamnese als provocerend worden opgegeven (dus mede uitlokkend en of onderhoudend) en dus ook imperatief zal moeten worden aangepakt, is voor de patiënt minder vanzelfsprekend dan voor de therapeut.

Houding.

Identiek als bij beweging zijn we ons nooit bewust van onze houding, behalve als we er voor hebben gekozen, of als er problemen zoals pijn en vermoeidheid optreden.

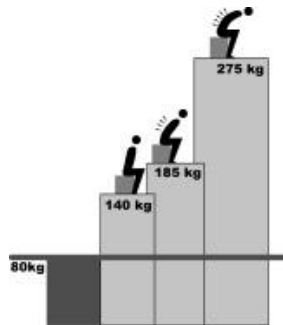
'Zich houden' is echter niet zo individueel verschillend. 's Morgens opstaan, 's avonds slapengaan, de dag verticaal doorbrengen, zitten, staan en werken; dit geldt voor iedereen. De patiënt vindt dit dan ook 'normaal'. Men kiest er echter niet voor om zich 'te houden'. Dit is eerder een functionele en onbewuste noodzaak om activiteiten te kunnen uitvoeren.

Bij de beschrijving van het Assepoester syndroom toont Hagg aan dat het voor een aantal individuele nek / schouder - spiervezels even belastend is om een halter van vijf kilogram, een lichte pluim of gewoon de gestrekte arm, voor zich te houden. Alleen gaat de patiënt die enkel de arm naar voren houdt ervan uit dat deze activiteiten niet uitlokkend kunnen zijn. Omdat hij dit niet beseft, zal hij zijn gedrag niet aanpassen. Wat wel onmiddellijk het geval is wanneer iemand zich bijvoorbeeld in de vinger snijdt.

Waar houding en beweging elkaar vinden.

Een specifieke soort doelbewuste bewegingen zijn de patronen. Het gaat om doelbewust uitgevoerde houdingen en bewegingen die echter op zeker ogenblik niet meer doelbewust zijn. Enkele voorbeelden: de scholier kiest ervoor om te gaan zitten bij het begin van de les, maar blijft zitten omdat de

speeltijd pas twee uur later is. De arbeider kan de band wel volgen gedurende de eerste uren van de werkshift, de band staat echter 's middags te snel voor zijn dalende belastbaarheid.



Patronen betekenen meestal niet alleen de start van het uit de hand lopen van het evenwicht draagkracht / belasting maar ook de start van het onderscheid tussen pijn en lijden. Het daarmee samenhangende onbegrip kan op zijn beurt het begin zijn van communicatieproblemen tussen patiënt en omgeving, patiënt en zorgverstreker. Wanneer de patiënt dan hulp vraagt, zullen deze factoren hoge eisen stellen aan de anamnese.

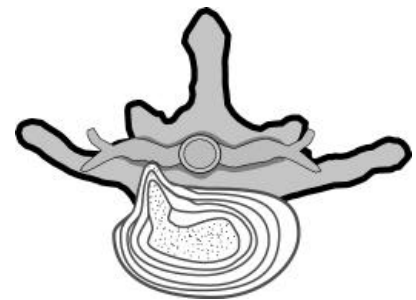
De tandem pijn en vermoeidheid.

Het houdingsapparaat dat meestal onbewust wordt (over)belast, geeft niet eerst door middel van pijn maar wel door middel van vermoeidheid aan dat de grens van de belastbaarheid wordt bereikt. Pas als er niet tijdig wordt gestopt, is er pijn in een volgend stadium. Bij vermoeidheid wordt bovendien de optimale coördinatie verlaten en stijgt de kans op problemen. Eens de toestand zo gedeterioreerd is dat zelfs een minimale dagelijkse belasting overbelastend wordt, verdwijnt de alarmfunctie van vermoeidheid. De patiënt vat niet meer wat er aan de hand is en is dus ook niet in staat om zijn gedrag aan te passen. Pijn verweeft zich nu met de vermoeidheid en wordt constant. Anamnestic vertonen patiënten die vermoeidheid opgeven als klacht, eventueel enkel regionaal, vaak provocerend gedrag. Zij gedragen zich zo dat na een tijd hun bewegingen, houdingen en belastingen hun specifieke klacht uitlokken en verder onderhouden of versterken. Frequent wordt 'gaan liggen' vaak als enige 'actie' opgegeven als klachtreducerend.

OP ZOEK NAAR EEN CONSENSUS - MODEL VOOR EEN EFFECTIEVE AANPAK.

Hierbij willen we uitgaan van zoveel mogelijk elementen uit de medische literatuur. Het recente kwaliteitslabel 'Evidence Based Medicine', vereist dat we de beschikbare klinische evidentie integreren met de individuele klinische expertise. Analoog hieraan kunnen we spreken van Evidence Based Kinesitherapie.

Het is ons inziens een utopie om door bepaalde therapeutische acties een bepaalde outcome te willen waarborgen. Dat wordt ook aangehaald door auteurs uit de verschillende disciplines. In het uitstekend overzichtswerk van L. Giles en K. Singer, *The clinical anatomy and management of Cervical Spine Pain* (L. Giles - 1998), stelt M. Gatterman, Chiropractor: 'Management of neck pain by chiropractors involves more than simple manipulation of cervical joint dysfunction. Modification of precipitating factors in the workplace and other activities of daily living are equally important in the management and prevention of neck pain of mechanical origin.'



T. McClune, Osteopaat schrijft in zijn hoofdstuk: 'In osteopathic practice, neck pain is a common presenting symptom, often of mechanical origin. As clinicians, the duty of care for our patients is of paramount importance: treatment and advice should be given, based on sound biomechanical principles and all available research literature'.

Als kinesio - fysiotherapeut haalt G. Jull aan: 'The long - term aim is to prevent recurrent neck pain and chronic pain. All patients are provided with the knowledge of key issues in the prevention of recurrent neck pain together with an exercise programme'.

Daarom spreken we liever van Evidence Based Geneeskunde / Kinesitherapie waar- bij de arts én de therapeut één taal spreken en eenzelfde beleid voeren, dat op litera- tuurgegevens steunt. Zo wordt construc- tieve communicatie betreffende de status van de hulpvrager mogelijk, wat leidt tot grotere therapietrouw en tot het voorkomen van doktershopping. (Zie ook A. White A - 1992)

De patiënt en de hulpverlener.

Heel belangrijk in de behandeling van de rugklacht is de rol die de patiënt toebedeeld krijgt. De zorgverstrekker zal de oplossing voor zijn / haar probleem niet op een gouden schoteltje kunnen brengen. De patiënt wordt medeverantwoordelijk en krijgt een actieve rol.

Om actief te participeren aan revali- datieprogramma's dient de 'locus of control' door de patiënt progressief bij zichzelf gelegd te worden, vanuit de overtuiging in staat te zijn zelf de klachten (minstens gedeeltelijk) te kunnen verhelpen en dit gaandeweg te kunnen leren.

Indien de patiënt toegelaten / gestimuleerd wordt tot een passieve rol, met dus een externe locus of control (rol bv. opgenomen door de hulpverlener), dan kan dit een omgekeerd (versterkend) effect hebben op de gerapporteerde pijn, op de negatieve beleving ervan en op de invaliditeit en dit zowel tijdens als na de behandeling (J. Rainville J - 1997).

Ook blijkt een onaangename werkomge- ving bij invaliditeitsuitkering omwille van ruglast een bijkomende complicatie (Fordyce - 1997).

Het is de rol van de zorgverstrekker(s) de hiervoor aangehaalde aspecten te integreren tot een werkzaam geheel.

Een effectieve aanpak zal dan ook al deze elementen integreren en vertrekken vanuit een nieuwconcept.

Kort geschetst komt het hierop neer:

van:	naar:
reductionistisch	geïntegreerd
beperkingen	mogelijkheden
weefselbeschadiging	functiestoornis
passief deelnemen	actief deelnemen
hulpverlener	gedeelde
verantwoordelijk	verantwoor- delijkheid
oorzakelijke fouten	eigen invloed op herstel
therapie-afhankelijk	zelfzorg
behandeling	leerproces
curatief.	(secundair) preventief.
VAN PATIENT	NAAR ACTIENT

Verder in de tekst zullen we in de uitwer- king van een voorstel tot het consensus- model dan ook gebruik maken van de ter- men bewegingsconsulent i.p.v. kinesithera- peut en van actiënt i. p. v. patiënt.

Tijd en context.

De patiënt is slechts een beperkt deel van de tijd 'in behandeling'. De rest van de tijd is hij of zij aan het werk, aan het sporten, een hobby aan het beoefenen. Bij klassieke (kinesi-) therapie, doch ook bij fysiothera- pie, chiropraxie en osteopathie is de ver- houding therapietijd op de totaal- tijd ongeveer één op honderd. De zorgver- strekker ziet de provocerende factoren die continu (24 uur per dag, 7 dagen per week) op de loer liggen, maar is er zelf niet bij wanneer deze zich voordoen. Het is daarom aangewezen om de 'behandel' tijd zo te benutten dat de patiënt leert zijn bewegin- gen, houdingen en gedragingen af te stellen. Ook blijkt het milieu van de werkomgeving vaak oorzakelijk verbonden aan de ernst van de rugklachten (Fordyce) Een grondige en brede anamnese zal goede indicatoren moeten vinden voor de outcome van de behandeling (H. Heillilä - 1998).

De patiënt met een chronische aandoening wordt vaak geconfronteerd met het feit dat men hem reeds vroeger gewezen heeft op de uitlokkende activiteiten, maar dat hij de (dikwijls) eenvoudige raadgevingen niet opvolgd heeft. Doen ze dat nu wel, dan

geven ze aan dat ze inderdaad beter hadden moeten 'luisteren'. Vandaar het nut om de significante anderen te betrekken bij de 'rugpijn' van de patiënt.

Geïndividualiseerde therapie is o.a. daarom te verkiezen boven een groepstherapie (J. J. Kerssens J - 1999).

Daarnaast moet het consensus-model individueel aangepast worden, waarbij men rekening houdt met de maatschappelijke context zoals arbeidsmilieu en de (terug) betalende derden.

Preventie en zelfzorg.

De aanpak dient erop gericht herval of op zijn minst letselprogressie te voorkomen. Dit wordt ondersteund door de patiënt vaardigheden bij te brengen die hij constant kan / moet toepassen.

We hebben het dan over een ergonomisch en preventief beleid en over zelfzorg. Gezien therapie niet het enige antwoord is op ziekte en ongemak, wordt van de actiënt verwacht dat hij de locus of control progressief intern i.p.v. extern plaatst, mondigheid verwerft, medeverantwoordelijkheid opneemt en minder afhankelijk wordt van de gezondheidszorg (C. Van Der Smagt - 1988). Van de arts / zorgverstreker wordt verwacht dat hij dit model wil leren gebruiken, dat hij een voor de patiënt verstaanbare voorlichting kan geven en dat hij zich professioneel bekwaamt om het inlevingsvermogen, de persoonlijke leefwereld en de verklaringmodellen van de patiënt beter te begrijpen.

Een pro-actief rugprogramma.

De intake.

Fordyce, stelt dat de actiënt bij het begin van de klacht een volledig overzicht van verloop en behandelmogelijkheden, tijdschema's en medicolegale uitwegen dient te worden aangeboden. Zo kan de actiënt sneller de voor hem meest geschikte optie, namelijk herstel en terugkeer naar normale activiteiten, waaronder werkhervatting, kaderen in de totaliteit.

Een lans moet gebroken worden om de mate van invaliditeit na te gaan door de functionele status van de patiënt anamnestic en klinisch te onderzoeken, en dit

tevens als een belangrijke maatstaf van de rugklacht te beschouwen (J. Lacker J - 1996).

Het preventieschema van Swezey

De behandel tijd in het cabinet, ongeveer 1 % van de totaal tijd, dient gebruikt te worden voor:

- het geven van aangepaste informatie door middel van visuele instructie
- de bewegingsscholing waardoor de patiënt operant leert zich veilig te houden en veilig te bewegen
- ergonomie om de omgeving optimaal af te stellen
- het opstellen en bijsturen van een op maat gesneden functioneel oefenschema

De overige 99% van de totaal tijd wanneer de actiënt thuis is, aan het werk, sport of een hobby uitoefent, moet de patiënt:

- veilig bewegen, door de hem verstrekte raadgevingen zo goed mogelijk op te volgen
- ook thuis de oefeningen uitvoeren die werden aangeleerd
- zich stelselmatig voor bereiden op herintegratie in werk, hobby en sport
- als medeverantwoordelijke actiënt de nodige feedback verstrekken en mee denken over de toepassing van de aangeboden mogelijkheden
- eventueel gebruik maken van hulpmiddelen die de biomechanische belasting beperken.

De operante conditionering van Lindström.

Bij chronische lage rugklachten mag volgens Lindström resultaat verwacht worden van actief, 'handelend leren' (I. Lindström - 1992). Deze term uit het onderwijs is hier op zijn plaats. In de operante conditionering leert de actiënt al doende welke zijn mogelijkheden zijn op voorwaarde dat de juiste voorzorgen, in casu veilige houdingen en veilige bewegingen, genomen worden. De actiënt heeft op die manier het gevoel de controle over zijn eigen lichaam te herwinnen zodat de functie verbetert. Naast de intrinsieke, inhoudelijke elementen van de revalidatie, wordt hier ruime aandacht besteed aan de vorm en de interactie.

Cedraschi beklemtoont het belang van een begrijpbare taal tijdens dit hele proces. (C. Cedraschi et al - 1992).

Waar gepleit wordt voor een multidisciplinaire aanpak, impliceert dit dat de verschillende zorgverstrekkers elkaar niet tegenspreken (S. Boden - 1998).

Intra-muros

Voor dagcentra in de tweede lijn, zoals uitgewerkt in Sundsvall voor chronische rugpatiënten, of zoals in Kopenhagen, Centre for Torture Victims, is er in de literatuur toenemende belangstelling. Indicaties kunnen zijn: sterke deterioratie en welbepaalde bio-psycho-sociale criteria.

Ook aan opname of verwijzing naar de derde lijn kan worden gedacht.

De out-come

De rugschool blijkt volgens uitgebreid recent literatuuronderzoek enkel op korte termijn beter dan passieve fysiotherapie (M. Friedrich - 1998 en B.W. Koes - 1994). Vooral de kennis over gezond en veilig gedrag was toegenomen bij de rugschoolatendants (R. Leclaire et al - 1996). De frequentie van doktersbezoek blijkt significant gedaald bij participanten. Dit is een indicator voor zelfzorg. Het korte termijn-effect komt waarschijnlijk omdat de patiënt, wanneer hij terug klachtenvrij is, minder aandacht heeft voor zijn goede houdingen en bewegingen.

Om het positief effect van rugschool te verlengen, is een betere nazorg nodig. Bijvoorbeeld door een jaarlijkse opfrissingsbeurt in de rugschool. Belangrijk is ook dat andere zorgverstrekkers, wanneer ze in contact komen met de patiënt, hem wijzen op zijn bewegingspatroon. Zo kan de huisarts bij een consultatie voor bijvoorbeeld een langaandoening, navraag doen over zijn vroegere rugklachten, hem stimuleren om verder te gaan met veilig bewegen, en specifiek hem er op attent maken dat veelvuldig hoesten, zeker met bolle rug, provocerend kan zijn voor recidive. Dit analoog aan hetgeen nu reeds gebeurt in de kinepraktijken: obese mensen worden attent gemaakt op het gevaar van overgewicht voor het musculoskeletaal systeem en gestimuleerd om

het dieet, door de arts voorgeschreven, stipt te volgen.

Voor andere gezondheidsindicatoren, zoals aanwezigheid van rugpijn, gebruik van medicatie, worden geen noemenswaardige verschillen gevonden tussen patiënten en actiënten (M. Weber - 1996 en L. Daltroy - 1992).

De gemiddelde kost per recidive blijft volgens Daltroy gelijk in de twee groepen 'patiënten'. Toch blijkt rugschool een duidelijke kost - effectieve maatregel te zijn (J.M. Versloot - 1992 en K.C. Brown - 1992) omdat het werkverzuim verlaagt. Dit wordt echter tegengesproken door Daltroy. Een mogelijke verklaring voor deze schijnbare contradictie is dat het Daltroy's opzet was om ruglijden te voorkomen bij een voorheen symptoomvrije populatie (postbodes), terwijl Versloot en Brown ruglijders onderzochten.

De resultaten van deze verschillende studies kunnen dus niet zondermeer met elkaar vergeleken worden. Dat de resultaten beter zijn in de studie van Versloot en Brown komt omdat de motivatie van ruglijders om deel te nemen aan een therapeutisch programma groter is dan de motivatie van symptoomvrije vrijwilligers om consequent een preventief schema op te volgen.

Resumerend kunnen we stellen dat een ergonomisch en preventief beleid (waaronder rugschool) de stap in de goede richting is, maar dat het effect niet permanent blijkt door een slechte incorporering van het te verkiesende gezonde en veilige ruggedrag. Inderdaad blijken de beste resultaten geboekt te worden in Zweedse rugscholen met een open regime voor een verblijf tot 5 weken (Koes B). De vraag blijft hoe dit economisch en zo vroeg mogelijk in de evolutie van de klacht kan geïmplementeerd worden.

Rugscholen slagen er over het algemeen wel in om de invaliditeit te reduceren en de functionele status van de patiënt te verbeteren, maar de pijn wordt dikwijls niet volledig geëlimineerd (L. Bradley - 1994). Literatuur geeft geen éénduidig antwoord op de effecten van medisch handelen op

pijn of op organische letsels (L. Bradley - 1994 en M. Weber - 1996). Wel blijken oefenprogramma's een positief effect te hebben op fysieke invaliditeit en functionele status (E. Mälkiä - 1996).

SLOT

Ons uitgangpunt was een paradox: grote weefselbeschadiging geeft niet steeds de meeste pijn, en de waargenomen invaliditeit en bevindingen per operationem, leveren niet steeds de verklaring voor de pijn en de invaliditeit.

De hypothese dat zo snel mogelijk een functionele aanpak moet worden aangeboden, werd gefundeerd. Een functioneel-gerichte benadering geeft meer kans op herstel, zal de kans op letselprogressie verminderen en recidive helpen voorkomen. Voorwaarde is dat deze benadering op een eenduidige wijze door de verschillende zorgverstrekkers wordt aangereikt, ook wat taal betreft.

Cruciaal hierbij is het aanleren van zelfzorg, hiertoe is ook het betrekken van de significante derden van belang. Dit actiënt-gericht model zorgt ervoor dat de patiënt zijn klacht kadert, dat hij begrijpt wat hem overkomen is en wat hij er zelf kan aan doen. Zodat hij de klacht als minder invaliderend ervaart.

REFERENTIES:

- 1 Waddell G., *The backpain revolution*. Churchhill - Livingstone, London, New York, 1998
- 2 Lucius., *Chronic backache: do guidelines / standards exist? Versicherungsmedizin*, 50(4):145-8 1998 Aug 1
- 3 Everaerd W., *Waarnemen en klagen. Onverklaarde lichamelijke klachten. Boerhaave Commissie voor postacademisch onderwijs in de geneeskunde, Leiden, 1999*
- 4 Swezey., *Arthritis, Rational Therapy and rehabilitation*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto 1978
- 5 Hagg J. A., *worksite method for shoulder muscle fatigue using EMG test contractions and zero crossing technique*. *Ergonomics* vol 30 nr 11, 1987

- 6 Nachemson A., *A critical look at the treatment for low back pain*. *Scand. J. Rehab. Med.*, 11,143-147, 1979
- 7 Adams; Hutton. *The mechanical function of the Lumbar Apophyseal Joints*. *Spine* Vol 8, nr 3, 1983
- 8 Anderson., *The backpain revolution*. Churchhill - Livingstone, London, New York, 1998
- 9 Giles L. , *Clinical anatomy and management of cervical spine pain*. Butterworth Heinemann, Oxford, 1998
- 10 White A., *The back school of the future*. *White AH Occup Med*, 7(1):179-82 1992 Jan-Mar
- 11 Rainville J; Sobel J; Hartigan C; Monlux G; Bean J., *Decreasing disability in chronic back pain through aggressive spine rehabilitation*. *J Rehabil Res Dev*, 34(4):383-93, 1997 Oct
- 12 Fordyce., *Back pain in the workplace*. *Supplementum Spine*, 1997
- 13 Heikkilä H; Heikkilä E; Eisemann M., *Predictive factors for the outcome of a multidisciplinary pain rehabilitation programme on sick-leave and life satisfaction in patients with whiplash trauma and other myofascial pain: a follow-up study*. *Clin Rehabil*, 12(6):487-96 1998 Dec
- 14 Kerssens JJ; Sluijs EM; Verhaak PF; Knibbe HJ; Hermans IM., *Back care instructions in physical therapy: a trend analysis of individualized back care programs*. *Phys Ther*, 79(3):286-95 1999 Mar
- 15 Van Der Smagt C., *Nog eens anternatieve geneeswijzen. Een pleidooi tegen*. *Medisch contact*, vol 43, oktoberr 1988
- 16 Lacker JM; Carosella AM; Feuerstein M., *Pain expectancies, pain, and functional self-efficacy expectancies as determinants of disability in patients with chronic low back disorders*. *J Consult Clin Psychol*, 64(1):212-20 1996 Feb
- 17 Lindström I., *A succesful intervention program for patients with subacute low back pain*. *Spine* Vol 17, nr 6, 1992
- 18 Cedraschi C; Reust P; Roux E; Vischer TL., *The role of prior knowledge on back-pain education*. *J Spinal Disord*, 5(3):267-76 1992 Sep
- 19 Boden SD; Dreyer SJ; Levy HI., *Management of low back pain. Current assessment and formulation of a blueprint for the health care delivery system of the future*. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 9(2):419-33, ix 1998 May

- 20 Friedrich M; Gittler G; Halberstadt Y; Cermak T; Heiller I., *Combined exercise and motivation program: effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil*, 79(5):475-87 1998 May
- 21 Koes BW; van Tulder MW; van der Windt WM; Bouter LM., *The efficacy of back schools: a review of randomized clinical trials. J Clin Epidemiol*, 47(8):851-62 1994 Aug
- 22 Leclaire R; Esdaile JM; Suissa S; Rossignol M; Proulx R; Dupuis M., *Back school in a first episode of compensated acute low back pain: a clinical trial to assess efficacy and prevent relapse. Arch Phys Med Rehabil*, 77(7):673-9 1996 Jul
- 23 Weber M; Cedraschi C; Roux E; Kissling R., *A prospective controlled study of low back school in the general population. Br J Rheumatol*, 35(2):178-83 1996 Feb
- 24 Daltroy LH; Iversen MD; Larson MG; Lew R; Wright E; Ryan J; Zwerling C., *A controlled trial of an educational program to prevent low back injuries. N Engl J Med*, 337(5):322-8 1997 Jul 31
- 25 Versloot JM; Rozeman A; van Son AM; van Akkerveeken PF., *The cost-effectiveness of a back school program in industry. A longitudinal controlled field study. Spine*, 17(1):22-7 1992 Jan
- 26 Brown KC; Sirls AT; Hilyer JC; Thomas MJ., *Cost-effectiveness of a back school intervention for municipal employees. Spine*, 17(10):1224-8 1992 Oct
- 27 Bradley L., *Behavioral interventions for managing chronic pain Bull Rheum Dis*, 43(2):2-5 1994 Apr
- 28 Weber M; Cedraschi C; Roux E; Kissling R., *A prospective controlled study of low back school in the general population. Br J Rheumatol*, 35(2):178-83 1996 Feb
- 29 Mälkiä E; Ljunggren AE., *Exercise programs for subjects with low back disorders. Scand J Med Sci Sports*, 6(2):73-81 1996 Apr