



Rugpijn? Blijf bewegen!

Afgelopen maand is in het nieuwe R-gebouw op campus Sint-Jan de rug- en nekrevalidatie van start gegaan. "Onze doelstelling is patiënten hun pijn beter te leren begrijpen en handvaten aan te reiken om zo optimaal mogelijk te functioneren met of ondanks hun pijn en waar mogelijk pijnvermindering te ervaren." aldus arts fysische geneeskunde dr. Peter Hallet.

Vroeger kon de behandeling van lage rugpijn heel erg verschillen van nu? Wat is er veranderd?

Peter Hallet: "Vroeger was het inderdaad soms zo dat de behandeling die een patiënt kreeg voor rug- en nekpijn afhankelijk was van de arts waarnaar verwezen werd. Kort door de bocht gezegd: als je naar de chirurg ging, keek deze of een operatie al dan niet aangewezen was. De arts Fysische Geneeskunde en Revalidatie (FGR) keek in functie van revalidatie en de pijnarts in functie van mogelijke infiltraties om de pijn te verlichten. Intussen is er veel onderzoek gebeurd. Dit heeft geleid tot KCE-richtlijnen die heel duidelijk zijn over wat voor welke patient met pijn op welk moment moet gebeuren."

De laatste jaren zijn de diensten Neurochirurgie, Pijnkliniek en FGR veel meer de koppen bij elkaar gaan steken en kan je spreken van een intern 'zorgpad nek en lage rugpijn' met de Spine Unit als overlegorgaan.

In dit orgaan worden de patiënten met een complexere problematiek besproken die in het verleden al meerdere behandelingen ondergaan hebben zonder het gewenste resultaat.

De Spine Unit komt één keer per maand samen en bestaat uit neurochirurgen, pijnartsen en artsen FGR. Daarnaast kan de neuroradioloog aanwezig zijn wanneer er bijkomende toelichting nodig is over de beeldvorming van de nek of rug."

Zijn er nu meer of minder mensen met rugpijn dan voorheen en hoe delen jullie die in?

"We weten uit statistieken dat er

nu meer mensen klachten hebben met betrekking tot lage rugpijn dan voordien of tenminste dat er meer arbeidsongeschikten hierdoor zijn. Een duidelijke fysieke verklaring hiervoor hebben we niet. Er spelen waarschijnlijk andere factoren een rol, zowel werk gerelateerd als opvattingen over gezondheid (szorg)."

"Wat we ook weten uit onderzoek is dat meer dan 90 percent van de rugklachten goedaardig is of aspecifiek. Het is belangrijk om deze groep te scheiden van patiënten met specifieke rugklachten (red flags – disco-radiculair lijden)."

"Aspecifiek betekent dat er geen ernstige afwijkingen aan de rug of zenuwen vastgesteld kunnen worden via beeldvorming of andere onderzoekstechnieken. Slijtagetekenen bijvoorbeeld komen voor bij iedereen die ouder wordt maar niet iedereen die ouder wordt heeft rugklachten."

"De indeling specifiek of aspecifiek zegt ook weinig over hoeveel pijn of beperkingen iemand ervaart. Bewegingsangst of angst voor letsels kan sterk bepalend zijn voor de uiteindelijke duur van de klachten."

"Het is van belang dat de huisarts - na het uitsluiten van een aantal ernstige oorzaken van rugpijn - de patiënt goed informeert, positief bekrachtigt maar ook geruststelt en niet teveel nadrukt legt op begrippen die uiteindelijk niet relevant zijn. Dit voorkomt dat de patiënt in een neerwaartse spiraal komt en nog nauwelijks beweegt. Ondersteuning van een kinesist kan het opnieuw in beweging komen vergemakkelijken."





Dr. Peter Hallet, dr. Ann Van Goethem



dr. Donald Bobbaers

"Als we na enkele weken geen duidelijke positieve evolutie opmerken, is dit de belangrijkste indicatie om snel te starten in een intensief en interdisciplinair rug/nek-oefenprogramma. Een tweede reden om een programma op te starten is om - na technische interventies met aanhoudende restpijnklachten - het nog overblijvende revalidatiepotentieel op te bouwen."

"Mensen moeten er zich van bewust zijn dat pijnklachten niet één op één terug te brengen zijn op een letsel en dat er ook andere factoren zijn die het pijngevoel kunnen onderhouden en moeten aangepakt worden. Dat kunnen een conditionele problemen zijn, stressoren vanuit de thuisomgeving of het werk of foute gedachten rond de oorzaak van de pijn. Wij werken daarom met een multidisciplinair team dat oa bestaat uit artsen, kinesisten, ergotherapeuten, psychologen en sociaal werkers."

Krijgt u vaak vragen van huisartsen?

"Sinds de publicatie van de KCE-richtlijn merk ik een heel positieve evolutie. Ik zie vooral goede doorverwijzingen waarbij de huisarts in eerste instantie heeft geprobeerd de patiënt gerust te stellen en positief te bekrachtigen maar waarbij uiteindelijk blijkt dat er een ruimer kader nodig is om de mindset van de patiënt via een multidisciplinaire aanpak bij te sturen."

Er wordt ook samengewerkt met de dienst Revalidatie van ZOL Maas en Kempen?

"Vroeger was de revalidatie versnip-

perd met activiteit in Lanaken, Maaseik en Genk. We hebben er nu voor gekozen om alle expertise te bundelen en samen te brengen op twee locaties: de nieuwe rug- en nekrevalidatie is gelegen in het nieuwe R-gebouw in Genk en op de campus in Maaseik. We werken op dezelfde manier en met dezelfde toestellen."

"Zowel voor Maaseik als voor Genk zijn er gloednieuwe David Back-toestellen aangekocht. De nieuwe toestellen zijn heel gebruiksvriendelijk en maken het mogelijk om de data van een patiënt onmiddellijk in het patiëntendossier in te laden."

Wat kunnen jullie aanbieden op de revalidatie?

"Het groepsprogramma 'rug- en nekrevalidatie' bestaat al jaren maar vandaag hebben we de accenten verschoven naar de functionaliteit in het dagelijks leven van de individuele patiënt. We proberen, samen met de patiënt, concrete en functionele doelen te formuleren volgens het principe van 'shared decision making'. Twee dezelfde patiënten kunnen totaal verschillende doelen hebben. Het is aan ons om de verwachtingen te bevragen en de haalbaarheid in te schatten. De ene patiënt zal bijvoorbeeld het werk opnieuw willen opnemen. Een andere wil actief blijven om nog alleen te kunnen wonen."

"Revalidatie is niet langer louter gericht op het versterken van spieren. Het is ook belangrijk om de gedachten en ideeën rond pijn en gezondheid, maar

ook de eigen psychosociale context van de patiënt, in kaart te brengen en hiermee aan de slag te gaan. We willen patiënten laten ervaren dat bewegen gezond is en eigenlijk een 'way of life' is, ook bij aanhoudende pijnklachten."

"Door samen in groep te revalideren, ervaren patiënten dat ze niet alleen zijn met hun klachten. Ze moedigen elkaar aan in moeilijkere momenten wat het plezier in het samen bewegen bevordert."

"Het programma loopt 5 tot 6 maanden en dit 2 keer 2 uur per week. Tijdens het programma bespreken we proactief met de patiënt hoe het bewegen na het traject kan verdergezet worden in wandelclubs, sportclubs of grotere kinepraktijken buiten het ziekenhuis die mensen de mogelijkheid bieden om in groep te blijven sporten of hun programma verder te zetten. Zo willen we vermijden dat mensen in een zwart gat vallen als hun programma stopt."

"We hebben ook steeds meer contact met kinesisten van de eerste lijn. We kunnen er een win-win van maken zodat mensen die een intensief revalidatietraject volgen in het ziekenhuis kunnen verwezen worden naar kinesisten die op dezelfde manier werken als wij." ■

Op donderdag 16 februari 2023 vond de wetenschappelijke raad "Revalidatie = bewegen" plaats. Sprekers waren dr. Ann Van Goethem, dr. Dieter Peuskens, dr. Donald Bobbaers en dr. Peter Hallet.