Behandelen van rugklachten in Nederland

Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt beschreven welk traject mensen gemiddeld in Nederland doorlopen met hun rugklachten. Deze beschrijving gaat gepaard met de eerste kritische noten. Zo wordt duidelijk dat niet elke fysiotherapeutische behandeling hetzelfde is, om over de effectiviteit ervan nog maar te zwijgen. We spreken uit dat de mogelijkheden van een specialist beperkt zijn en dat operaties nogal eens om een andere reden effectief zijn dan vaak wordt verondersteld. En we wijzen erop dat pijnbestrijding iets anders is dan genezing en dat je van een revalidatiebehandeling niet beter wordt, maar je je pijn leert accepteren.

2.1 Als het begint – 8

2.2 Directe toegankelijkheid – 8

2.3 Onduidelijke benadering – 9

2.4 Prettig, maar effectief? – 9

2.5 Dan maar naar de specialist – 9

2.6 Onverwacht effect van operaties – 10

2.7 De pijnpoli – 11

2.8 De pijnrevalidatie – 11

J-P. van Wingerden, *Rugpijn en andere onbegrepen klachten,*
DOI 10.1007/978-90-368-0687-9_2, © 2014 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV

Als mensen last van hun rug hebben, zoeken ze verlichting. Daar wordt in Nederland veel werk van gemaakt. Met al die verschillende visies en meningen zijn er veel mogelijkheden om rugklachten te bestrijden. Maar door al die mogelijkheden zien we door de bomen het bos niet meer. In dit hoofdstuk gaan we eens nader kijken welk pad de gemiddelde rugpatiënt doorloopt bij de behandeling in Nederland.

2.1 Als het begint

Mensen met rugklachten hebben in Nederland verschillende mogelijkheden. Volgens de richtlijn rugklachten voor huisartsen is het eerste advies: rust nemen en een pijnstiller of ontstekingsremmer slikken. Sommige van deze pijnstillers en ontstekingsremmers zijn ook vrij (zonder recept van de dokter) en goedkoop verkrijgbaar bij een apotheek, drogist of supermarkt. Maakt u zich toch zorgen over uw rug, dan zijn er twee alternatieven: de huisarts, die u met een geruststellend praatje (als u geluk hebt), pillen en een rustadvies weer naar huis stuurt, of de fysiotherapeut. Sinds 2006 is het mogelijk om zonder verwijzing van de huisarts direct een fysiotherapeut te bezoeken. Hier zit niet zozeer een inhoudelijk, maar veel meer een economisch motief achter: de huisarts verwijst vaak toch al naar de fysiotherapeut, dan kunnen we dat beter maar gelijk doen. Dat spaart de tijd en kosten van de huisarts.

2.2 Directe toegankelijkheid

Directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut ontlast de huisarts en het bespaart de kosten van een overbodig huisartsbezoek. Het is nog maar de vraag of dit beleidsmatig een juiste keuze is. De huisarts past, als hij zijn werk goed doet, de NHG-richtlijn Aspecifieke lagerugpijn toe en zal mensen met een eerste periode van rugklachten rust, medicatie en geleidelijke opbouw van activiteiten aanraden. Dit is een eenvoudig en zinnig advies dat veel rugklachten effectief kan bestrijden. Waarom deze aanpak niet altijd tot het gewenste effect leidt, wordt verderop in dit boek duidelijk. Een kort bezoek aan de huisarts kan dus effectief zijn en hoeft weinig te kosten. Wat is er dan op tegen direct de fysiotherapeut te bezoeken? In principe niets, mits de fysiotherapeut zich houdt aan hetzelfde protocol als de huisarts: in eerste instantie rust, medicatie en dan geleidelijke opbouw van activiteiten. Hier zijn twee knelpunten te onderscheiden: in de eerste plaats mag een fysiotherapeut geen medicijnen zoals spierverslappers voorschrijven. Dit beperkt het effect van het advies rust te nemen. Een groter probleem is dat de fysiotherapeut een behandelaar, een helper, pur sang is. Een beetje fysiotherapeut zal elke kans aangrijpen de patiënt te 'behandelen'. Dit is nu eenmaal de aard van het beestje. Waar de huisarts blij is dat hij de patiënt snel met een advies naar huis kan sturen (er wachten nog andere patiënten in de wachtkamer), is het voor de fysiotherapeut een grote uitdaging zijn patiënt slechts met een kort advies los te laten en hem zelfstandig zijn klachten te laten aanpakken. Er is dus een risico dat de kosten door directe toegang fysiotherapie snel oplopen.

2.3 Onduidelijke benadering

Dat een patiënt een fysiotherapeutische behandeling ondergaat, betekent niet dat ook meteen duidelijk is welke behandeling de patiënt krijgt. Er zijn binnen de fysiotherapie zeer veel stromingen, visies en specialisaties. Afhankelijk daarvan kan een behandeling bestaan uit verschillende massagevormen, technische applicaties, zeer uiteenlopende oefeningen, mobilisaties, rekkingen, manipulaties, behandeling met naalden zoals acupunctuur of dry needling, gesprekken enzovoort. Deze variatie in aanpak heeft voor een groot deel te maken met de persoonlijke affiniteit van de behandelaar. Dit wordt versterkt door de sterk uiteenlopende visies op rugklachten. Ondanks dat er via wetenschappelijk onderzoek steeds meer inzicht komt in de oorzaken van en mogelijke oplossingen voor rugklachten, lijkt de behandelende wereld zich nog steeds in allerlei richtingen uit te breiden. Misschien heeft het ook wel te maken met de menselijke aard, die zich moeilijk in één hokje laat stoppen. Mensen, dus ook therapeuten zoeken naar een bij hen passend wereldbeeld. Verklaringsmodellen en behandelvormen van rugklachten hangen daarmee samen. Een breed toegepast wereldbeeld is zeker niet altijd een wetenschappelijk onderbouwd wereldbeeld.

2.4 Prettig, maar effectief?

Vergeleken met specialistische interventies met naalden, messen of schadelijke medicijnen zijn de meeste fysiotherapeutische behandelingen bijna prettig te noemen. Er is persoonlijke aandacht van een therapeut die meer tijd voor u uittrekt dan de huisarts en die naar uw klachten luistert en een en ander uitlegt. En ook al zijn de oefeningen soms wat zwaar of gevoelig, er is meestal daarna wel een gevoel van verlichting, of op zijn minst 'dat er iets gebeurd is'. Is daarmee de behandeling ook succesvol? Wetenschappelijke studies laten zien dat fysiotherapie vaak minder succesvol is dan wordt verondersteld. Het toepassen van fysiotherapeutische applicaties (apparaten) is daardoor steeds minder geworden. Ook de fysiotherapie zelf is de laatste jaren sterk aan het veranderen. Minder massage, meer oefenen en soms ook meer praten. Ook hierover zijn patiënten uitermate tevreden. U moet bijna wel, met zo veel persoonlijke aandacht. Maar of mensen er echt beter van worden, is nog maar de vraag. Er blijft namelijk nog steeds een aanzienlijke groep mensen zoeken naar mogelijkheden om hun klachten echt te verminderen. Een van die mogelijkheden is een verwijzing naar de specialist.

2.5 Dan maar naar de specialist

Er zijn eigenlijk twee redenen waarom patiënten doorverwezen worden naar een medisch specialist (neuroloog, neurochirurg of orthopedisch chirurg). Een gegronde reden is dat de symptomen ernstiger klachten doen vermoeden. Hierbij moet gedacht worden aan bijvoorbeeld uitvalsverschijnselen zoals een doof gevoel in de benen, het niet meer functioneren van bepaalde spieren in het been (klapvoet) of erger: het spontaan laten lopen van

de urine. Deze vorm van incontinentie, die veroorzaakt wordt door het in het nauw komen van specifieke zenuwwortels, is van geheel andere aard dan de incontinentie die ontstaat door een niet optimaal functionerende bekkenbodem.

De andere, helaas veelvoorkomende, reden is dat de bestaande klachten ondanks advies van de huisarts of behandeling door de fysiotherapeut niet overgaan of zelfs erger worden. Uit onzekerheid en tegen beter weten in, de arts of therapeut beseft diep vanbinnen wel dat de klachten eigenlijk geen ernstige oorzaak kunnen hebben, wordt het advies gevraagd van een specialist. Hij is per slot van rekening, de naam zegt het al, de specialist. De specialist wordt tot op de dag van vandaag gezien als *de* persoon die problemen aan het lijf kan oplossen. Als je eenmaal bij de specialist bent, wordt er zeker een oplossing gevonden. Bij voorkeur een operatieve, want dan ben je zó van de problemen af. Dit beeld wordt versterkt door de vele televisieprogramma's waarbij knappe chirurgen in het ziekenhuis de meest complexe ingrepen uitvoeren. Niet zelden ziet u dan tijdens de aftiteling van het programma de patiënt uit de verkoeverkamer naar zaal gereden worden of op krukken het ziekenhuis uit strompelen. Dit wekt de illusie dat hiermee het probleem is opgelost. Dat de patiënt na deze ingreep nog maanden moet herstellen en met pijn en moeite moet revalideren, wordt niet in beeld gebracht. Dat is niet sexy! Wanneer u op straat iemand met een mes tegenkomt, gaat u liever een straatje om. Een verwonding is niet iets waarop u zit te wachten. Een voorstel tot opereren door de chirurg wordt meestal met twee handen aangenomen. Dat een operatie, hoe subtiel ook uitgevoerd, ook een aanslag op het lijf is, wordt nogal eens vergeten.

En anders dan vaak wordt gedacht zijn de beoordelingsmogelijkheden van de specialist ook beperkt. Hij kan het lichamelijk onderzoek herhalen. Hij kan uw lijf vanbinnen bekijken met een echo-apparaat, röntgenfoto, MRI-scan of CT-scan. Of een onderzoek doen naar de kwaliteit van de zenuwbanen. En misschien nog wat bloedonderzoek doen op rare stoffen in uw lijf. Maar heel veel meer kan de specialist diagnostisch niet. Met de beeldvormende technieken worden met regelmaat onregelmatigheden aan de wervelkolom gevonden die met enige goede wil een verband *zouden kunnen* hebben met de klachten. Wanneer in die gevallen de specialist de patiënt opereert, heeft dit soms een positief effect op de klachten. Niet zelden nemen de klachten, na een aanvankelijke verbetering, na verloop van tijd weer toe en begint de ellende van voor af aan.

2.6 Onverwacht effect van operaties

Waar weinig mensen bij stilstaan is dat operaties een neveneffect hebben dat soms misschien wel eens heilzamer is dan de operatie zelf (de noodzakelijke operaties na een ongeval of in verband met dreigend zenuwletsel daargelaten). Bij veel chronische rugklachten is er sprake van lichamelijke overbelasting. Mensen doen meer dan hun lijf eigenlijk aankan. Het is voor veel mensen erg moeilijk om het lijf de rust te geven die nodig is om klachten te laten afnemen. De operatie dwingt de patiënt bedrust te nemen. Het is dus de vraag of het helend effect van de operatie zit in de handelingen van de operateur, of in het feit dat de patiënt op medische gronden gedwongen is geweest voldoende rust te nemen.

Ook de interventies van de specialist geven in veel gevallen niet voldoende verlichting. Dan blijven er voor de inmiddels ernstige, chronische patiënt nog twee alternatieven over. Het eerste alternatief is de pijnpoli, het tweede alternatief de pijnrevalidatie.

2.7 De pijnpoli

Het is opvallend hoeveel mensen pijnbestrijding verwarren met genezing. Pijnbestrijding is iets heel anders dan genezing. Die vergissing is wel verklaarbaar. Pijn geeft aan dat er iets niet goed is met het lijf. 'Als de pijn weg is, is ook het probleem weg' lijkt een logische gedachte. Helaas is deze gedachte een illusie. Pijnbestrijding is vooral symptoombestrijding. Aan de oorzaak van de klacht wordt in principe niets gedaan. Het doel van pijnbestrijding is … pijn bestrijden. Dit kan met verschillende technieken, met ook een verschillende impact, variërend van medicijnen tot het doorsnijden of branden van zenuwbanen. De toegepaste technieken kunnen het leven voor sommige patiënten dragelijk, soms zelfs weer aangenaam maken. Een oplossing voor het onderliggende probleem is het in veel gevallen niet.

2.8 De pijnrevalidatie

Het tweede alternatief is de cognitief gedragsmatige pijnrevalidatie. Ook dit alternatief richt zich niet op herstel. De doelstelling van deze op het gedrag georiënteerde behandeling is om patiënten te stimuleren om – ondanks hun pijn – de activiteiten uit het dagelijks leven zo goed mogelijk weer op te pakken. Ook deze aanpak gaat, net als de pijnpolibehandeling, niet uit van herstel van de klachten. Doordat mensen in beweging gezet worden, kan soms het lijf ook wat beter gaan functioneren, waardoor ook klachten echt wat afnemen. Deze pijnrevalidatietrajecten zijn niet gemakkelijk en het risico op terugval in het oude patroon is groot. Dat is niet vreemd. Pijn is een dwingende sensatie, die heel lastig te negeren is. Het is voor zowel de patiënten als de behandelaars een grote uitdaging om activiteiten vol te houden met pijn op de achtergrond.

http://www.springer.com/978-90-368-0686-2

Rugpijn en andere onbegrepen klachten
van Wingerden, J.-P.
2014, XIV, 125 p. 29 illus., 26 illus. in color., Softcover
ISBN: 978-90-368-0686-2