

De programma's « werkhervatting » voor werknemers met lage
rugpijn

Wetenschappelijk literatuuroverzicht

Professor Philippe Mairiaux
School voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, Universiteit Luik

(updating – januari 2005)

I. Wetenschappelijke basis van de voorgestelde programma's.

Het aan het werk houden van de werknemers met rugklachten en de preventie van chronische lage rugpijn is een groeiende bekommernis van de verantwoordelijken voor de maatschappelijke gezondheidszorg wegens de hoge kosten die dit gezondheidsprobleem meebrengt voor de gemeenschap.

Om het hoofd te bieden aan dit hoofdprobleem vermeldt de medische literatuur meerdere soorten maatregelen steunend op voorbeelden uit Scandinavië en Noord-Amerika.(1,2,3,4):

- Vroegtijdige en adequate aanpak van de lage rugklachten in het acuut stadium.
- Tijdelijke reclassering van de werknemer met lage rugpijn naar een "lichter" of "aangepast" werk
- Oprichten van rugscholen
- Opname van de patiënt met lage rugpijn in een gestructureerd programma van intensieve revalidatie.

Deze huidige updating bespreekt de preventieve benadering van lage rugklachten sinds midden de jaren tachtig en overloopt de nieuwe gegevens die verschenen zijn in de literatuur sinds begin 2000. Dit overzicht richt zich vooral op de volgende vraag: hoe chronische lage rugklachten voorkomen of beter nog hoe voorkomen dat acute lumbalgie evolueert naar een chronisch of recurrent stadium? Zoals de hier volgende tekst in detail zal aantonen wijzen de gepubliceerde gegevens op twee zeer concrete behandelingsassen die aangeboden worden aan de gezondheidsprofessionelen:

- Een adequate aanpak van de patiënt vanaf de acute episode van de lumbalgie ([zie deel A](#))
- Deelname van de patiënt aan een programma van « werkhervatting » indien de lumbalgie persisteert en indien het werkverlet 3 tot 4 weken overschrijdt ([zie deel B](#)).

Een laatste vraag die dikwijls gesteld wordt is de plaats van de « rugschool » bij de aanpak van het probleem;dit wordt behandeld in een afzonderlijk hoofdstuk ([zie deel C](#)).

Een gedetailleerde bibliografie betreffende deze items is eveneens beschikbaar ([zie deel D](#)).

A. Aanpak van de acute lumbalgie – overzicht praktische aanbevelingen

Waarom aandringen op een adequate correcte medische aanpak in het acute stadium? De verschillende wetenschappelijke gegevens tonen aan dat een inadequate medische houding gedurende de eerste dagen na het begin van de lumbalgie, bij sommige personen, later een ongunstige evolutie als gevolg kan hebben. De « Clinical guidelines for the management of acute low back pain » gepubliceerd in het Verenigd Koninkrijk waren in 1996 (5) een uitstekende synthese van de beschikbare wetenschappelijke evidentie voor het vastleggen van de te volgen stappen bij een episode van acute lumbalgie. Deze kunnen samengevat worden in enkele essentiële gegevens:

- bedrust gedurende een periode van 2 tot 7 dagen is minder doeltreffend dan een placebo of het voortzetten van zijn gewone activiteiten als men de vermindering van pijn, de recuperatiesnelheid en de werkhervatting beschouwt;
- de aanbeveling de gewone activiteiten verder te zetten heeft een zelfde of zelfs vluggere symptomatische recuperatie als gevolg en vermindert de duur van het ziekteverzuim en de kans voor chronische invaliditeit;
- de patiënt moet aangemoedigd worden zo actief mogelijk te blijven, zijn dagelijkse activiteiten verder te zetten, en progressief zijn niveau van fysieke activiteit op te drijven gedurende een periode van enkele dagen of enkele weken.
- wanneer de patiënt het werk niet hernomen heeft na 6 weken, moet men hem voorstellen deel te nemen aan een programma van intensieve revalidatie

In verband met deze gegevens, dienen de besluiten van vier recentere literatuuroverzichten vermeld te worden:

- het "Cochrane review of bed rest for acute low back pain and sciatica" (Hagen et al, 2000)
- het rapport van de Paris Task Force on back pain, « Place de l'activité dans la prise en charge thérapeutique des rachialgies » (Abenhaim et al, 2000)
- het "Cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica" , Hagen et al., 2002.
- de besluiten van de groep deskundigen van COST B13, gesteund door de Europese commissie (2004)

De besluiten van het overzichtsartikel van Hagen et al. (2000) zijn gebaseerd op de klinische studies gepubliceerd tot december 1998 (9 studies, 1435 patiënten) en kunnen als volgt samengevat worden (6):
Bij acute lumbagie:

- In vergelijking met de raad actief te blijven, heeft bedrust hoogstens lichte klinische effecten (op pijn, functionele status), en kan in het ergste geval lichte schadelijke effecten hebben
- Het al of niet aanwezig zijn van ischias geeft weinig of geen verschil bij deze twee behandelingsmodaliteiten.
- De waargenomen verschillen zijn eveneens miniem bij de aanbevelingen 7 dagen of 2 tot 3 dagen bedrust.

De besluiten van het tweede artikel van Hagen et al. (2002) zijn gebaseerd op klinische studies gepubliceerd tot december 1998 (4 studies, 491 patiënten) en kunnen als volgt samengevat worden (7):

- De raad om "zo actief mogelijk te blijven" als enige (of belangrijkste) behandelingsmodaliteit geeft een licht voordeel bij patiënten met enkel een acute lumbalgie, en weinig of geen voordeel bij deze met ischiatiforme uitstraling.
- De raad om "zo actief mogelijk te blijven" heeft geen schadelijke gevolgen noch bij de patiënten met enkel een acute lumbalgie, noch bij deze met ischiatiforme uitstraling.
- Gezien de afwezigheid van belangrijke verschillen tussen de aanbeveling "zo actief mogelijk te blijven" en deze van bedrust, en rekening houdend met de mogelijke ongunstige gevolgen van een

verlengde bedrust, is het zinvol de patiënten met acute lumbalgie, al of niet met ischias, aan te raden actief te blijven

Het rapport van de « Task Force » van Parijs over lumbalgie (8) volgt een wat verschillend objectief in die zin dat haar leden wensten wetenschappelijke aanbevelingen te doen die rekening houden met de moeilijkheden om deze aanbevelingen toe te passen in het dagelijkse leven, zowel voor de patiënten als voor de behandelende geneesheren. In dit verband, onderscheidt het rapport 4 klinische patiëntenprofielen:

- Profiel 1 : lumbalgie zonder uitstraling;
- Profiel 2 : lumbalgie met uitstraling tot aan de knie;
- Profiel 3 : lumbalgie met uitstraling tot onder de knie maar zonder neurologische tekens;
- Profiel 4 : lumbalgie met uitstraling in een duidelijk afgeijnd dermatoom van het onderste lidmaat met of zonder geassocieerde neurologische tekens.

De besluiten van het rapport gebaseerd op een systematische analyse van een selectie van 47 artikels (op een totaal van 150) gepubliceerd tussen januari 1996 en juli 1997 kunnen als volgt samengevat worden voor *de patiënten met lumbalgie in het acuut stadium (0-4 weken)*:

- Voor de patiënten met profiel 1,2, en 3, moet bedrust niet opgelegd of voorgeschreven worden maar kan toegelaten worden indien de pijn dit noodzaakt. In dit geval, moet dit zo kort als mogelijk en dan nog liefst intermitterend eerder dan continue. Na 3 dagen bedrust, moet de patiënt sterk aangemoedigd worden om zijn activiteiten te hernemen.
- De patiënten met profiel 1,2, en 3 moeten sterk aangemoedigd worden om hun gewone activiteiten te behouden of terug op te nemen, in de mate dat de pijn dit toelaat.
- Voor de patiënten met profiel 4 en rekening houdend met de afwezigheid van specifieke wetenschappelijke gegevens voor deze categorie, doen de deskundigen volgende aanbeveling: patiënten met een voldoende intense pijn die bedrust rechtvaardigt moeten in een speciaal "lumbalgie" bilan worden opgenomen wanneer ze na 10 dagen strikte bedrust (enkel opstaan voor toilet) en een adequate pijnbehandeling, hun dagelijkse activiteiten niet progressief hernemen hebben. Met de uitdrukking "dagelijkse activiteiten" duidt men de volgende activiteiten aan: zich aankleden, zich wassen, trappen op en afdalen, boodschappen doen, aan tafel eten, maaltijden bereiden, voorwerpen oprapen, het huishouden doen...
- Wegens gebrek aan voldoende gegevens, kan de groep deskundigen enkel werkhervatting toelaten (in plaats van aan te raden)

Voor de *patiënten met lumbalgie in een subacute fase (4-12 weken)* formuleert de groep deskundigen volgende besluiten:

- De patiënten met intermitterende of recidiverende lumbalgie aanmoedigen om een actief oefenprogramma te volgen;
- De patiënten, welke ook hun profiel is, aanbevelen hun gewone activiteiten, met inbegrip van werkactiviteiten, te behouden of progressief te hernemen, voor zover de residuele pijn dit toelaat.

Tenslotte is de meest recente bijdrage de synthese opgemaakt door een groep Europese deskundigen samengekomen in het kader van COST B13. Deze synthese van literatuurgegevens bevestigt voor het grootste deel de aanbevelingen hierboven vermeld en resulteerde in de « European guidelines for the management of nonspecific acute low back pain in primary care » (2004). Deze raadgevingen zijn in hun totaliteit terug te vinden op de site www.backpaineurope.org.

B. De programma's voor secundaire preventie, of de programma's voor « werkhervatting »

Kenmerken

Het is essentieel dat men bij de werknemer met rugklachten tussenkomt voordat het proces van chroniciteit en werkonbekwaamheid zich heeft kunnen vastzetten. Deze benadering werd voor de eerste keer geformuleerd in 1987 in het verslag van internationale deskundigen onder voorzitterschap van Prof. Spitzer (9); dit verslag stelde een model van de klinische aanpak van de lumbalgie voor met verschillende graden van diagnostische en therapeutische interventies volgens de evolutie van de patiënt, 4 weken, 7 weken, en 3 maanden na het begin van de pijn.

Een dergelijk schema werd met groot opzet opgesteld in Canada door de verzekeringsmaatschappij voor werkongevallen in Ontario (10). Het "Ontario rehabilitation program" richtte zich tot personen met een werkongeval die nog werkonbekwaam waren en geïnccludeerd konden worden in het programma vanaf de derde week van de acute episode tot de 70^e dag na het ongeval. Het programma duurde 3 weken (84 uren in totaal) en bestond uit aërobische oefeningen enerzijds, en progressieve spierversterkende oefeningen anderzijds. De resultaten bij 703 patiënten in vergelijking met 703 controlepatiënten wezen op een vluggere werkhervatting en een duidelijk beter kosten/baten rapport (10). Het programma in België ontwikkeld bij de onderneming Cockerill Sambre was duidelijk geschoeid op dit Canadees programma.

Andere initiatieven die aan dezelfde filosofie beantwoorden werden sindsdien in verschillende landen ontwikkeld en sommige hiervan bevatten uitstekende voorbeelden van mogelijke modaliteiten en potentiële resultaten van tussenkomsten die gericht zijn op het arbeidsmilieu:

- het revalidatieprogramma op punt gesteld in de Volvofabrieken in Göteborg (12) voor werknemers die wegens lumbalgie minstens 8 weken werkonbekwaam waren heeft aangetoond dat de gemiddelde duur van de medische behandeling vóór de werkhervatting 35 dagen bedroeg in de groep (n=51) die een programma van progressieve activiteit ("graded activity") volgde en 61 dagen in de controlegroep (n=52) die de klassieke behandeling van de behandelende geneesheer volgde (significantief verschil $p < 0.01$ bij de mannelijke werknemers maar geen significantief verschil bij de vrouwen).
- het programma op punt gesteld bij 35 ondernemingen (met minstens 175 werknemers) in de streek van Sherbrooke in Québec (13,14); dit programma richtte zich tot alle werknemers die afwezig waren op het werk (of aangepast werk verrichtten) wegens lumbalgie sinds minimum 4 weken en maximum 3 maanden. Op methodologisch vlak demonstreert de studie van Loisel et al. (14) het best het gecombineerd effect van een gestructureerde tussenkomst van revalidatie en een tussenkomst in het werkmilieu van de werknemer met lumbalgie. De combinatie van deze twee toont een significatieve verkorting ($p=0,02$) van de tijdsduur voor werkhervatting (gemiddeld 60 dagen) in vergelijking met de controlegroep met klassieke medische behandeling (gemiddeld 120 dagen). De gegevens van deze studie suggereren dat de waargenomen positieve resultaten eerder moeten toegeschreven worden aan de tussenkomst op het werk van de patiënt dan aan het revalidatieprogramma zelf.

Invloed van deze programma's (gegevens gepubliceerd sinds 2000)

In verband met deze reeds goed bekende elementen, is het nuttig de besluiten van drie overzichtsartikels en drie recent gepubliceerde oorspronkelijke studies te vermelden en te bespreken:

- "Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults (Cochrane Review)" (Karjalainen et al, 2001) (15)
- "Work conditioning, work hardening, and functional restoration for workers with back and neck pain (Cochrane review)" (Schonstein et al 2002) (16)
- "Rehabilitation after lumbar disc surgery (Cochrane review)", (Ostelo et al, 2003) (17)
- Economic evaluation of a behavioral-graded activity program compared to physical therapy for patients following lumbar disc surgery, Ostelo et al. 2004
- Graded activity for low back pain in occupational health care, Staal et al. 2004
- The Amsterdam Sherbrooke evaluation study, Anema et al. 2004

Literatuuroverzicht

De besluiten van het overzicht van Karjalainen et al (2001) zijn gebaseerd op studies gepubliceerd tot november 2002. Op een totaal van 1808 bestudeerde abstracts, voldeden slechts twee studies aan de vooropgestelde methodologische criteria. Om in aanmerking te komen, moest het revalidatieprogramma multidisciplinair zijn en een medische raadpleging bevatten samen met een psychologische, sociale of professionele (of een combinatie hiervan) tussenkomst; de patiënt moest lijden aan een subacute lumbalgie (meer dan 4 weken en minder dan drie maanden pijn). De besluiten van de twee weerhouden studies kunnen als volgt samengevat worden (15):

- een multidisciplinaire revalidatie helpt de patiënten om het werk vroeger te hervatten, vermindert de afwezigheden op het werk later en reduceert de functionele handicap bij de patiënt.
- een bezoek aan de werkplaats van de patiënt verhoogt de doeltreffendheid van het programma.
- in die zin is de wetenschappelijke waarde matig (de studies vertonen enkele potentiële tendensen); in dit domein zijn studies met hogere kwaliteit noodzakelijk.

In dit overzichtsartikel was de aard van de tussenkomst op de werkplaats, naargelang het geval, een ergonomische analyse van de werkomstandigheden of een tussenkomst van de supervisor van het slachtoffer bij de voorbereiding van de werkhervatting en dit in samenwerking met de arbeidsgeneesheer.

Om de concrete implicaties van deze gegevens uit het overzicht van Karjalainen et al (15) volledig te waarderen moet tevens onderlijnd worden dat de inclusie van de werknemer met lumbalgie in een intensief revalidatieprogramma met multidisciplinair karakter niet te vlug mag gestart na de acute episode. De epidemiologische studies met betrekking op het natuurlijk verloop van de lumbalgie wijzen er inderdaad op dat ongeveer drie vierde van de patiënten spontaan hun werk kunnen hernemen binnen de 4 weken na het begin van de acute episode; men heeft er dus belang bij de natuurlijke mechanismen van herstel de nodige tijd te geven. Werknemers met rugklachten door werkongeval vroegtijdig includeren in een intensief revalidatieschema is niet gunstig bij een kosten/baten analyse. De verzekeringsmaatschappij van Ontario heeft dit ondervonden, wanneer zij na zeer positieve resultaten tijdens de pilootstudie (10), de werknemers met lumbalgie in haar programma toeliet vanaf de eerste dagen na het ongeval (18). Men zal, als algemene regel, de inclusie in dit type programma slechts overwegen, na minstens 4 en misschien zelfs beter nog na 6 weken werkonbekwaamheid.

Het onderwerp van het overzichtsartikel van Schonstein et al (2002) is verschillend met het vorige: het betreft hier een vergelijking van de doeltreffendheid van een behandeling met als parameters vermindering van ziekteverzuim, functionele verbetering, programma's voor fysieke conditietraining (aërobie, spierversterking, uithouding, motorische coördinatie) met een behandeling zonder fysieke aanpak van de patiënt met lumbalgie. De auteurs hebben een analyse gemaakt van 18 gerandomiseerde klinische studies, gepubliceerd vóór 31 mei 2000; hun besluiten kunnen als volgt samengevat worden (16):

- Voor de werknemers met chronische rugklachten kunnen intensieve programma's van fysieke conditietraining die een cognitief-gedragsmatige benadering bevatten het aantal dagen afwezigheid gedurende de 12 maanden die volgen op het programma met gemiddeld 45 dagen verminderen in vergelijking met de klassieke behandeling van de behandelende geneesheer; deze besluiten gelden niet voor de acute episode van de lumbalgie.
- In afwezigheid van de cognitief-gedragsmatige benadering, zijn er weinig positieve of negatieve elementen die pleiten voor een oefenprogramma dat het ziekteverzuim zou reduceren; deze vaststelling geldt evengoed voor de acute als voor de chronische vormen.

Het overzichtsartikel van Ostelo et al (2003) heeft als onderwerp de specifieke revalidatieproblemen bij patiënten, die voor het eerst, een discusoperatie ondergaan hadden. Het is een overzicht van de gerandomiseerde studies en gecontroleerde (maar niet gerandomiseerde) studies, gepubliceerd tot april 2000. Dertien studies werden geanalyseerd; hiervan waren er 6 met hoge kwaliteit. De besluiten kunnen als volgt samengevat worden:

- geen enkel gegeven pleit in het voordeel van een vermindering van activiteit na de heelkundige ingreep.
- Het is ontegensprekelijk dat revalidatieprogramma's (gestart tussen de 4^e en de 6^e week postoperatief) op korte tijd een gunstig effect hebben op de verbetering van de functionele

status en op een vluggere werkhervatting; dit effect is significant belangrijker bij een intensief programma dan bij een programma met matige intensiteit.

- Op lange termijn (12 maand), is dit effect ten gunste van de intensieve programma's eerder matig of beperkt.
- geen enkel gegeven pleit ervoor dat intensieve programma's het aantal interventies zou doen toenemen.
- Geen enkele studie laat ons toe de optimale duur te bepalen tussen de ingreep en het opstarten van de intensieve revalidatie.

Bij deze studies uit dit overzicht behoort ook een Belgische studie (19) die aantoont dat een dialoog tussen de adviserend geneesheer van het verzekeringsorganisme en de patiënt die een vroegtijdige mobilisatie en hervatting van de activiteiten aanmoedigt, een werkhervatting bevordert die significant vlugger is dan deze die vastgesteld werd in de controlegroep (resp. 10,1% en 18,1% van de patiënten waren nog werkonbekwaam 52 weken na de ingreep; $p < 0,002$).

Recente oorspronkelijke studies

De studie van Staal et al. (20) werd uitgevoerd in het kader van de arbeidsgeneeskundige dienst van de maatschappij KLM op de luchthaven van Schiphol van 1999 tot 2001. Deze maatschappij heeft ongeveer 20.000 personen in dienst op de werkplaats in Schiphol en sommige categorieën van werknemers, zoals de kruiers, zijn bijzonder blootgesteld aan biomechanische risicofactoren. Zoals dit het geval was bij de Volvo fabrieken (12) bestond het programma in een progressief fysieke conditietraining georganiseerd binnen het bedrijf en voorgesteld aan de werknemers die bij hun gewone werk afwezig waren door lumbalgie sinds minstens 4 weken. In het totaal 134 werknemers die aan dit criterium beantwoordden werden ingedeeld, volgens een willekeurige toewijzing, hetzij in de groep "oefening", hetzij in de controlegroep die de gewone medische behandeling kregen. De resultaten na 6 maanden follow-up tonen aan dat de gemiddelde duur van de medische aanpak vóór de werkhervatting 58 dagen was in de groep "oefening" ($n=67$) en 87 dagen in de controlegroep ($n=67$) die de gewone medische behandeling volgde (significant verschil $p < 0,009$).

De studie van Anema et al (21) had als objectief het zogenaamd model van Sherbrooke, voorgesteld en toegepast in Québec door de ploeg van Prof. Loisel (14), te bevestigen, in het kader van het medico-sociaal systeem in Nederland. Aan deze groots opgezette studie namen 13 arbeidsgezondheidsdiensten ("Arbodienst") deel met alles samen 99 arbeidsgeneesheren; de totale bevolking waarvoor deze diensten instaan, bedraagt ongeveer 100.000 werknemers. In werkelijkheid echter, betrof het hier vooral verzorgingsinstellingen en derhalve was de studiepopulatie vooral samengesteld uit vrouwen die beroepshalve vooral met verzorging te maken hadden (verpleegsters enz...) De behandeling werd voorgesteld aan elke werknemer met specifieke lumbalgie die minstens 2 weken werkonbekwaam was (of aangepast werk had) en vertoonde volgende kenmerken:

Een progressief revalidatieprogramma zoals gebruikt in de Volvo studie (12) of deze van de KLM (20) enerzijds, en een ergonomische tussenkomst geleid door een ergonoom of een verpleegster die zich met de arbeidsproblematiek bezig houdt in het bedrijf anderzijds. De opzet van de studie voorzag in een verdeling van de verkozen patiënten in twee opeenvolgende fases die willekeurig bepaald werden (randomisatie): eerst na 2 weken werkonderbreking tussen een groep (WI) die een behandeling kreeg in het werksmilieu en een controlegroep (UC) die de behandeling volgde van de behandelende geneesheer; vervolgens werden de werknemers van de twee groepen die de achtste week nog werkonbekwaam waren willekeurig ingedeeld in een subgroep (GA) die een revalidatieprogramma kregen en een subgroep die daar niet kon van genieten (UC). Van de 243 werknemers die voor de studie in aanmerking kwamen, werden er 196 gerandomiseerd in de behandelde groep ($n=96$) en de controlegroep ($n=100$). De vergelijking van de twee groepen toont aan dat de behandeling in het werksmilieu een vluggere werkhervatting met zich meebracht (gemiddelde afwezigheidsduur: 77 dagen versus 104 dagen; $p=0,02$). De analyse van de resultaten van de 112 werknemers die de achtste week nog werkonbekwaam waren toont aan dat enkel deelnemen aan het revalidatieprogramma een ongunstig effect heeft op de afwezigheidsduur in vergelijking met deze van de controlegroep "gewone zorgen" (gemiddeld 144 d versus 111 d; $p=0,03$). De gegevens van deze Nederlandse studie bevestigen en versterken zelfs de besluiten van de studie van Sherbrooke (14).

De studie opgezet in Maastricht door Ostelo en collega's (22) tussen november 1977 en december 1999 had als doel de invloed te evalueren zowel op medisch als op economisch vlak van een revalidatieprogramma van het cognitief-gedragsmatig type voor volwassen patiënten (18 tot 65 jaar) die een

eerste heelkundige discusingreep ondergaan hadden. Van de 382 patiënten die in aanmerking kwamen voor de studie, waren er 105 die willekeurig konden ingedeeld worden in een groep met een progressief revalidatieprogramma met een cognitief-gedragsmatige gedeelte (n=53) en een controlegroep met een gewone behandeling (n=52). Tijdens de follow-up van 12 maanden blijkt dat het functioneel herstel gelijk is in beide groepen maar dat de afwezigheid op het werk gedurende deze periode significant hoger lag in de groep die aan het revalidatieprogramma deelnam. Deze behandeling verschaftte dus geen enkel voordeel en de kosten waren hoger.

Samenvatting

De meest recente literatuurgegevens bevestigen minstens op een punt de vroegere resultaten (23) : een goed geplande en gestructureerde behandeling in het werkmilieu van de patiënt en met diens medewerking draagt ertoe bij de hervatting van het vroeger werk significantief te versnellen. Dit wordt vastgesteld bij patiënten die behandeld worden tijdens de subacute fase van lumbalgie, dus tussen de vierde en achtste week na het begin van de pijnepisode. De onderliggende mechanismen van dit positief effect dienen echter nog verder onderzocht te worden.

In tegenstelling met de besluiten van deze studies lijken recente Nederlandse studies het gunstig effect van een deelname aan een progressieve fysieke conditietraining in vraag te stellen. Meerdere factoren lijken deze tegengestelde resultaten te kunnen verklaren:

- De wachttijd vóór de inclusie in een dergelijk programma kan zelf reeds voor een vertragend effect zorgen; in dit verband, moeten de gegevens uit de studie van Anema et al (21) met het nodige voorbehoud geïnterpreteerd worden gezien de tussenkomst in het werkmilieu vroeger plaats vond (gemiddeld 26^e dag van werkonbekwaamheid) dan het starten van de revalidatiebehandeling (gemiddeld 64^e dag van werkonbekwaamheid);
- Het kader waar de interventie plaats vond: de twee studies die een gunstig effect aantonen van een programma van fysieke conditietraining werden uitgevoerd in een grote onderneming (Volvo,KLM), waar zonder twijfel min of meer expliciet werd tussengekomen in het werkmilieu.
- Het profiel van de patiënten met lumbalgie kan eveneens misschien een rol spelen: de negatieve studies telden een meerderheid van vrouwen. Deze konden mogelijks minder gebruik maken van programma's die gericht waren op fysieke conditietraining. De graad van kinesiofobie (bang voor bewegen bij dorsale pijn) is een andere belangrijke factor: een recente studie (24) toont aan dat het enkel de patiënten zijn met een hoge graad van kinesiofobie die significantief meer nut hebben van een oefenprogramma dan een controlegroep die enkel een behandeling volgde bij de behandelde geneesheer.

Besluit

Op basis van de laatst beschikbare gegevens kunnen we besluiten dat het starten van de behandeling in de subacute fase van lumbalgie, tussen de 4^e en de 8^e week van de werkonbekwaamheid aan volgende criteria zou moeten voldoen om de werkhervatting te bevorderen en de evolutie naar de chroniciteit te voorkomen:

- een ergonomische tussenkomst in het werkmilieu van de patiënt in nauwe samenwerking van de patiënt en de betrokken verantwoordelijken van de onderneming.
- een vroegtijdige inschakeling in een fysieke conditietraining op voorwaarde dat deze prioritair gericht is op de werkhervatting.

C. Welke is de plaats van de rugscholen ?

Een laatste vraag die frequent gesteld wordt betreft de plaats die een behandeling van het type "rugschool" inneemt in een programma voor preventie van het chronisch worden van de lumbalgie.

Het overzichtsartikel van Tulder et al. (25), verschenen in 1997 heeft betrekking op patiënten met een ernstige of chronische lumbalgie. De auteurs besloten dat de rugschool als geïsoleerde behandeling geen significante verbetering meebracht bij deze patiënten. In de andere gevallen en vooral bij personen met een lumbalgie die recent opgetreden is of een matige intensiteit vertoont zijn de resultaten beloftevol (26,27). We moeten niettemin opmerken dat de eerste van deze studies zich vooral onderscheidde door de duur van de vooropgestelde behandeling (8 sessies van 90 minuten) terwijl de tweede regelmatig uitgevoerde oefeningen als belangrijkste behandelingsmodaliteit inhield.

van Tulder en zijn medewerkers hebben in 2004 een updating gedaan van hun overzichtsartikel in het kader van de "Cochrane reviews"; zij analyseerden alle gerandomiseerde studies verschenen tot mei 2003 voor elk type rugschool bij de behandeling van veralgemeende, niet specifieke lumbalgie (28). Negentien gerandomiseerde studies werden weerhouden, maar enkel zes hadden een hoge methodologische waarde. Hun besluit kan als volgt samengevat worden. Er bestaat:

- een matige evidentie dat de rugscholen bij chronische of recidiverende lumbalgie op korte en middelmatige termijn op pijn en functiebeperking een beter resultaat hebben dan de andere behandelingsmethoden.
- een matige evidentie dat de rugscholen, in een werkmiddel, wat betreft pijnvermindering, vermindering van de functiebeperking en werkhervatting meer doeltreffend zouden zijn dan andere behandelingen (oefeningen, manipulatie, raadgevingen...) of een behandeling met "placebo" of het plaatsen van een persoon op een wachtlijst.
- Op klinisch vlak zijn de uitgevoerde studies over het algemeen onvoldoende overtuigend.

Deze matig enthousiaste resultaten van de rugschool moeten bekeken worden in het perspectief van de kennis van de gedragswetenschappen. De moderne modellen die betrekking hebben op het aanleren en de veranderingsprocessen van het gedrag, tonen inderdaad aan dat een eenvoudige overdracht van kennis alleen, praktisch altijd onvoldoende is om een duurzame gedragsverandering te induceren (29).

Om doeltreffend te zijn zou een rugschoolprogramma de deelnemers moeten toelaten om zich de voorgestelde technieken en theorie eigen te maken om die toe te passen in hun persoonlijke omgeving, zowel professioneel als extraprofessioneel (23). Het pedagogische programma moet er op gericht zijn dat de deelnemer de problemen moet oplossen en moet hem tot acteur maken van zijn rugbescherming, zowel door de verandering van zijn persoonlijke ingesteldheid als door de veranderingen die in zijn omgeving moeten aangebracht worden. Dit proces moet noodzakelijkerwijze progressief verlopen en vergt een spreiding in tijd bij de opleiding.

D. Bibliografie

- 1) Haig A.J., Linton P., McIntosh M., et al. Aggressive early medical management by a specialist in physical medicine and rehabilitation : effects on lost time due to injuries in hospital employees. *J Occup Med* 1990, 32, 241-244.
- 2) Mayer T., Gatchel RJ, Kishino N., et al :Objective assessment of spine function following industrial injury : a prospective study with comparison group and one-year-follow-up. *Spine* 1985, 10, 482-493.
- 3) Wiesel SW, Feffer HL, Rothman RH Industrial Low-Back Pain : A prospective evaluation of a standardized diagnostic and treatment protocol. *Spine* 1984, 9 : 199-203,
- 4) Wood DJ : Design and evaluation of a back injury prevention program within a geriatric hospital. *Spine* 1987, 12, 77-82
- 5) Waddell G., Feder G., McIntosh A. et al. Low back pain evidence review. London : Royal Coll. Gen. Practit., 1996, 35pp
- 6) Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, et al. The Cochrane review of bed rest for acute low back pain and sciatica, *Spine* 2000, 25: 2932-2939
- 7) Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. The Cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. *Spine* 2002, 27: 1736-1741
- 8) Abenhaïm L, Rossignol M, Valat JP et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. *Spine* 2000, 25: 1S-33S
- 9) Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M, et al. Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders - A monograph for clinicians: Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine* 12(suppl) s4-s55, 1987
- 10) Mitchell RI, Carmen GM. Results of a multicenter trial using an intensive active exercise program for the treatment of acute soft tissue and back injuries. *Spine* 1990, 15, 514-521.
- 11) Mairiaux Ph, Oblin M. Evaluation d'un programme intensif de revalidation pour travailleurs lombalgiques, *Arch. Mal. Prof.* 1997, 58: 432-439.
- 12) Lindstrom I., Öhlund C., Eek C. et al. The effect of graded activity on patients with subacute low back pain : a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Phys Ther* 1992, 72: 279-90
- 13) Loisel P, Durand P, Abenham I. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occup. Environ. Med.* 1994 ; 51:597-602.
- 14) Loisel P., Abenham L., Durand P., et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997, 22: 2911-2918
- 15) Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, et al., Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working age adults : a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2001, 26: 262-269.
- 16) Schonstein E, Kenny DT, Keating J; Koes BW. Work conditioning, work hardening, and functional restoration for workers with back and neck pain (Cochrane review), In: *The Cochrane Library* November 2002
- 17) Ostelo RW, de Vet HC, Waddell G et al. Rehabilitation after lumbar disc surgery (Cochrane Review), *Spine* 2003.
- 18) Sinclair SJ, Hogg-Johnson S, Mondloch MV, Shields SA. The effectiveness of an early active intervention program for workers with soft-tissue injuries. The early claimant cohort study. *Spine* 1997 ; 22 :2919-2931
- 19) Donceel P, Du Bois M, Lahaye D. Return to work after surgery for lumbar disc herniation. *Spine* 1999, 24: 872-76
- 20) Staal B, Hlobil H, Twisk J, Smid T, Köke A, van Mechelen W. Graded activity for low back pain in occupational health care. *Ann Intern Med* 2004; 140: 77-84
- 21) Anema JR,. Low back pain, workplace intervention and return to work . Amsterdam : Vrije Universiteit, PhD Thesis. 2004 ; 166p
- 22) Ostelo R, Goossens M, de Vet HCW, van den Brandt P. Economic evaluation of a behavioral-graded activity program compared to physical therapy for patients following lumbar disc surgery, *Spine* 29: 615-622, 2004
- 23) INSERM, Expertise collective : "Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risque et quelle prévention ?", Paris, Inserm ed. 2000, 146 pp
- 24) Klaber Moffett J, Carr J, Howarth E. High fear-avoiders of physical activity benefit from an exercise program for patients with back pain. *Spine* 29: 1167-1173, 2004
- 25) van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. *Spine* 1997 ; 22 ;2128-2156.

- 26) Weber M, Cedraschi C Roux E, Kissling RO, Von Känel S, Dalvit G. A prospective Controlled Study of Low Back School in the general Population. *British journal of Rheumatology* 1996 ; 178-183.
- 27) Lonn JH, Glomsrod B, Soukup MG, Bo K, Larsen S. Active Back School : Prophylactic Management for Low Back Pain : A Randomized, Controlled, 1-Year Follow-Up Study. *Spine* 1999 ; 24 :865-871.
- 28) Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for nonspecific low back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2 .
- 29) Green L.W., Kreuter M.W. (1991) Health Promotion Planning – an educational and environmental approach, Mayfield Publ., Mountain View, USA, pp. 505.