Het Rugpreventieprogramma van het Fonds voor Beroepsziekten in de Huisartsenpraktijk

Kirsten Keiren, KULeuven

Academiejaar 2015-2016

Promotor: Prof. Dr. Lode Godderis, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Het Rugpreventieprogramma van het Fonds voor Beroepsziekten in de Huisartsenpraktijk

Haio: Kirsten Keiren

KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Lode Godderis

Praktijkopleider: Dr. Tony Colla

Context

Lage rugpijn is een frequente klacht waarmee patiënten hun huisarts raadplegen. Naast het feit dat het een vervelend probleem is voor de patiënt zelf, heeft lage rugpijn ook op maatschappelijk vlak grote gevolgen. Medische behandelingen en ziekteverzuim zorgen voor hoge kosten voor de maatschappij.

Onderzoeksvragen

Wat zijn de aanbevelingen voor het beleid bij patiënten met lage rugklachten? Is lage rugpijn een beroepsziekte? Lage rugpijn in de Vlaamse huisartsenpraktijk, wat zijn de ervaringen? Communiceren Vlaamse huisartsen met de arbeidsgeneesheer bij patiënten met arbeidsgerelateerde rugklachten? Kennen Vlaamse huisartsen het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het Fonds voor Beroepsziekten'?

Methode

Een systematisch literatuuronderzoek werd uitgevoerd waarbij 15 artikels en 2 richtlijnen geanalyseerd werden. Daarnaast werd een online enquête over 'het rugpreventieprogramma van het Fonds voor beroepsziekten in de huisartsenpraktijk' uitgevoerd. Vlaamse artsen werden via e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. De vragenlijst werd gedurende 3 weken opengesteld en werd door 53 Vlaamse huisartsen volledig werd ingevuld.

Resultaten

72% van de ondervraagde artsen (n=38) ziet gemiddeld meer dan 1 maal per dag een patiënt met lage rugpijn. 39 artsen (74%) kennen patiënten in hun praktijk die landurig of frequent verzuimen (totaal meer dan 4 weken per jaar) omwille van lage rugpijn. Slechts 34% (n=18) van de deelnemende artsen verwijst patiënten met arbeidsgerelateerde lage rugklachten naar de arbeidsgeneesheer. 55% (n=29) van de huisartsen vindt dat de arbeidsgeneesheer niet gemakkelijk bereikbaar is. De grote meerderheid van de ondervraagde artsen (85%; n=45) kent het 'rugpreventieprogramma' niet.

Conclusies

Lage rugpijn is een arbeidsgerelateerde aandoening. De aanpak bij lage rugpijn is vooral gebaseerd op re-activatie. Een multidisciplinair revalidatieprogramma zoals het 'rugpreventieprogramma van het FBZ' heeft vooral in de subacute fase een meerwaarde naar functioneel herstel en werkhervatting. Dit 'preventieprogramma voor lage rugpijn' is door de grote meerderheid van de ondervraagde Vlaamse huisartsen niet gekend. Slechts de minderheid van de deelnemende huisartsen verwijst patiënten met arbeidsgerelateerde lage rugpijn naar de arbeidsgeneesheer. Verder onderzoek naar deze knelpunten en mogelijke oplossingen is aangewezen.

Contact

kirsten.keiren@student.kuleuven.be

Inhoudstafel

Abstract 2

Voorwoord 5

Dankwoord 5

Deel 1: Literatuuronderzoek: Lage rugpijn 7

Probleemstelling 7

Methode 7

Resultaten en bespreking 7

Epidemiologie 7

Etiologie en indeling 8

Diagnose en beleid 8

Risicofactoren voor het onstaan van lage rugpijn 9

Beloop en prognose 9

Risicofactoren voor het ontwikkelen van chronische lage rugpijn 9

Invloed van het werk op lage rugpijn: Lage rugpijn een beroepsziekte? 10

Invloed van lage rugpijn op het werk 11

Preventieve maatregelen 11

Multidisciplinair behandelprogramma – Het preventieprogramma voor lage rugpijn van het Fonds voor Beroepsziekten 12

Deel 2: Het rugpreventieprogramma in de huisartsenpraktijk 13

Probleemstelling 13

Methode 13

Resultaten 14

Profiel van de artsen die deelnamen aan de enquête 14

Domein 1: Patiënten met rugklachten in de huisartsenpraktijk 14

Domein 2: Arbeidssituatie en de rol van de huisarts 14

Domein 3: Communicatie tussen huisarts en arbeidsgeneesheer 14

Domein 4: Kennis van het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het FBZ' bij huisartsen ..15

Domein 5: Opvattingen en ervaringen van huisartsen in verband met het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het FBZ' ..15

Domein 6: Mogelijke knelpunten bij het opstarten en volhouden van het 'preventieprogramma voor lage rugpijn'..15

Bespreking..16

Besluit ..18

Bibliografie ..19

Bijlagen..21

Bijlage 1: Tabel: 'Rode vlaggen' of alarmsignalen bij rugpijn..21

Bijlage 2: Tabel: Samenvatting van de wetenschappelijke bewijzen voor de behandeling van 'gewone' chronische lage rugpijn..22

Bijlage 3: Scoreformulier arbeidsgerelateerdheid aspecifieke rugklachten ..23

Bijlage 4: Vragenlijst voor huisartsen over 'Het rugpreventieprogramma van het Fonds voor Beroepsziekten in de huisartsenpraktijk' ..24

Bijlage 5: Aanvraag en goedkeuring ethische comissie ..28

Voorwoord

Tijdens het werken als Haio in de opleidingspraktijk, merkte ik dat lage rugpijn een probleem is waar veel mensen mee kampen. Deze rugklachten worden door patiënten vaak als heel invaliderend beschouwd. Meestal gaat het om kortere periodes, maar helaas vaak ook om recidief en chronische lage rugpijn.
Wat is belangrijk in het beleid bij lage rugklachten en hoe kunnen we patiënten zo goed mogelijk begeleiden?
Via een arbeidsgeneesheer in opleiding hoorde ik van het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het Fonds voor Beroepsziekten'. Dit multidisciplinaire revalidatieprogramma is in de huisartsenpraktijk echter weing bekend.
Na overleg met promotor prof. Lode Godderis, hebben we besloten dit topic verder uit te werken in de vorm van een masterproef. In deze masterproef zal ik het' preventieprogramma voor lage rugpijn van het FBZ' belichten vanuit het perspectief van de huisarts. Parallel zal Evelien vanuit de opleiding arbeidsgeneeskunde hetzelfde thema belichten, maar dan vanuit het perspectief van de arbeidsgeneesheer. Door hetzelfde onderwerp vanuit een verschillend standpunt te bekijken, hopen we tot interessante inzichten te komen. Mogelijks kan dit dan ook bijdragen om de samenwerking tussen huisarts en arbeidsgeneesheer te verbeteren.

Dankwoord

Hierbij wil ik volgende mensen bedanken: mijn promotor prof. Lode Godderis voor de begeleiding en de feedback bij het uitwerken van deze masterproef; alle artsen die hebben deelgenomen aan de enquête voor hun kostbare tijd; Evelien voor het overleg en de fijne samenwerking; mijn praktijkopleider dr. Colla voor de ervaring die ik in zijn praktijk mocht opdoen en mijn partner Mourad voor de emotionele en praktische ondersteuning.

Inleiding

Van de Westerse bevolking krijgt 60 – 90% minstens één keer in zijn leven te maken met lage rugpijn. (1) Rugpijn is dan ook een frequente klacht waarmee patiënten hun huisarts raadplegen. Ongeveer een vierde van de patiënten tussen 18 en 75 jaar heeft in de voorbije 10 jaar minsten één keer zijn huisarts geraadpleegd wegens lage rugpijn. (2)
Lage rugpijn is een venijnig probleem voor de patiënt zelf, maar heeft ook zware gevolgen voor de maatschappij. In België worden de directe medische kosten voor medische onderzoeken en behandeling geschat op 270 miljoen euro per jaar. De indirecte kosten, onder andere ten gevolge van ziekteverlet en productiviteitsverlies worden geraamd op 1.6 miljard euro per jaar.
11.9% van het ziekteverlet langer dan 28 dagen in België, houdt verband met lage rugpijn. (3)
De aanpak van lage rugpijn is een uitdaging waarin zowel de behandelend arts, de arbeidsgeneesheer als de adviserend geneesheer een belangrijke rol spelen om de nadelige gevolgen van rugpijn zowel voor de patiënt als voor de maatschappij te beperken.

In dit werk willen we enkele thema's belichten die relevant zijn voor de aanpak van lage rugklachten in de huisartsenpraktijk. We focussen hierbij ook op arbeidsgerelateerde factoren en het rugpreventieprogramma van het Fonds voor Beroepsziekten.

In het eerste deel van deze masterproef trachten we een antwoord te geven op de volgende vragen. Lage rugpijn, wat is de omvang van het probleem? Wat zijn de huidige aanbevelingen betreft het beleid bij lage rugpijn? Is er een verband met werk en het voorkomen van lage rugpijn? Is lage rugpijn een beroepsziekte? Wat is het meest effectief om de prevalentie van lage rugpijn en met name de nefaste gevolgen ervan te beperken? Wat houdt het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het Fonds voor Beroepsziekten' in?
Deze thema's werden verder uitgewerkt aan de hand van een literatuuronderzoek.

In het tweede deel onderzochten we de opvattingen van huisartsen over hun patiënten met lage rugpijn en meer specifiek ook hun kennis en ervaring over het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het Fonds voor Beroepsziekten'. Kennen huisartsen dit 'rugpreventieprogramma' dat aangeboden wordt door het Fonds voor Beroepsziekten? Weten ze hoe het werkt? En wat vinden ze ervan? Hiervoor werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd gebaseerd op een enquête afgenomen bij Vlaamse huisartsen.

Deel 1: Literatuuronderzoek: Lage rugpijn

Probleemstelling

Lage rugpijn is een probleem waarmee veel mensen bij hun huisarts terechtkomen. Maar hoe pakken we als huisarts dit probleem het beste aan? Wat zijn de risicofactoren voor het ontwikkelen van lage rugklachten? En welke factoren spelen mee in de evolutie naar chronische lage rugpijn? Is er een verband tussen arbeid en lage rugpijn? Welke preventieve maatregelen zijn nuttig?
Door middel van een literatuuronderzoek trachtten we een antwoord te geven op deze vragen.

Methode

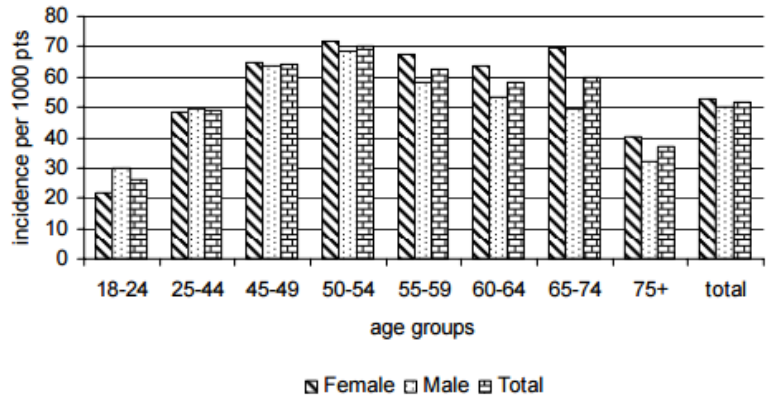
In de literatuur werd op zoek gegaan naar de recente aanbevelingen betreft de aanpak van lage rugklachten in het algemeen en meer specifiek ook in relatie met arbeid.
Hierbij baseerden we ons vooreerst op wetenschappelijke artikels in de Medline databank. Via Pubmed werd gezocht naar systematic reviews op basis van de zoektermen 'low back pain', 'chronic back pain' en 'occupational back pain' gecombineerd met de zoektermen 'multidisciplinary', 'rehabilitation', 'prevention' en 'work'. Uit de bekomen lijst werd een selectie gemaakt op basis van de volgende inclusiecriteria.
Artikels werden eerst geselecteerd op basis van de online beschikbaarheid van het volledige artikel, een publicatiedatum van niet meer dan 10 jaar geleden (2006 of later) en de taal van publicatie (Engels of Nederlands). Vervolgens werd op basis van titel, abstract en tijdschrift van publicatie een selectie van relevante artikels gemaakt. Hierbij werd met name gelet op de onderzochte populatie en de relevantie van het uitgevoerde onderzoek voor deze literatuurstudie. Ook interessante referenties uit de weerhouden artikels werden geïncludeerd. Deze zoekstrategie leverde uiteindelijk 15 artikels op die verder geanalyseerd werden voor het schrijven van deze literatuurstudie.
Daarnaast werd de richtlijn van het Nederlands Huisartsengenootschap, het rapport over chronische lage rugpijn van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg en de website van het Fonds voor Beroepsziekten geraadpleegd.

Resultaten en bespreking

Epidemiologie

Lage rugpijn is een van de meest voorkomende klachten waarvoor mensen hun huisarts raadplegen. Ongeveer 60-80% van de bevolking zal in zijn leven te maken krijgen met lage rugpijn. (1)
Jaarlijks worden 15 tot 45% van de volwassenen geconfronteerd met lage rugpijn, onafhankelijk van het werk dat ze uitvoeren. (3)
De incidentie stijgt met de leeftijd en is het hoogst in de leeftijdscategorie van 45-65 jaar. Lage rugpijn komt even vaak voor bij vrouwen als bij mannen. (1)

Figure 1: Distribution of the incidence of low back in general practice



Figuur 1: Incidentie van lage rugpijn in de huisartsenpraktijk in functie van de leeftijd. (2,4)

Etiologie en indeling

In de meerderheid van de gevallen van rugklachten gaat het over lage rugpijn waarbij de pijn zich situeert tussen de onderste ribben en de bilplooien.
In de huisartsenpraktijk wordt slechts in 5-10% van de gevallen een specifieke oorzaak voor de lage rugpijn gevonden. In 90-95% van de gevallen is er geen specifiek lichamelijke oorzaak aanwijsbaar.(5)
In dit geval spreekt men van aspecifieke lage rugpijn. Anatomische afwijkingen die gevonden worden bij medische beeldvorming blijken meestal niet gerelateerd aan de klachten. (6,1)

Op grond van de duur van de klachten wordt lage rugpijn algemeen ingedeeld in acute lage rugpijn, subacute lage rugpijn en chronische lage rugpijn. Bij een duur van minder dan 6 weken spreekt men van acute lage rugpijn. Een duur tussen 6 en 12 weken wordt gedefinieerd als subacute lage rugpijn. Indien een episode van lage rugpijn meer dan 12 weken duurt of er zeer frequent recidieven zijn, dan kan men spreken van chronische lage rugpijn. (1)

Diagnose en beleid

De diagnose van aspecifieke lage rugpijn is gebaseerd op anamnese en klinisch onderzoek. Hierbij dient men alert te zijn voor alarmsignalen, de zogenaamde 'rode vlaggen'. (Bijlage 1)
Tenzij bij aanwezigheid van een van deze alarmsymptomen, is verdere diagnostiek zoals beeldvorming en labo-onderzoek in principe niet aangewezen. (1)

Uit het rapport van het KCE blijkt met een hoog niveau van bewijskracht dat eerder conservatieve, niet-invasieve strategieën aangewezen zijn voor de behandeling van lage rugpijn.
Vooral voorlichting aan de patiënt, oefeningen en conditietraining en een multidisciplinair programma hebben een meerwaarde in de behandeling van lage rugpijn. (2) (Bijlage 2)
Het voornaamste doel bij de aanpak van lage rugpijn is het informeren van de patiënt over de aandoening. Hierbij wordt de nadruk gelegd op het gunstig natuurlijk verloop en geadviseerd om in beweging te blijven en zoveel mogelijk de dagelijkse activiteiten te continueren of te hervatten.
Deze niet-medicamenteuze behandeling kan ondersteund worden door een medicamenteuze behandeling die in eerste instantie gebaseerd is op adequate pijnstilling.
In de subacute fase, dient een herevaluatie te gebeuren. Een activerende aanpak blijft noodzakelijk.

Op dit moment moet men er vooral naar streven om het ontwikkelen van chronische lage rugpijn te voorkomen. Het is belangrijk na te gaan of er ongunstige prognostische factoren zijn voor herstel en werkhervatting.
In deze fase is het ook belangrijk dat de arbeidsgeneesheer wordt betrokken bij werkgerelateerde problemen om mee het beleid uit te stippelen. (1)
Ook bij chronische lage rugpijn blijft de nadruk op het dagelijks functioneren en het omgaan met klachten.

Risicofactoren voor het onstaan van lage rugpijn

De oorzaak van lage rugpijn is multifactorieel. Biomechanische factoren hebben een belangrijke rol in het ontstaan van lage rugklachten. Daarnaast zijn er ook psychosociale factoren die meespelen, hoewel dit verband minder duidelijk is. (7)
Er is een verband tussen fysieke belasting en het voorkomen van lage rugklachten. Het manueel hanteren van lasten, frequent bukken en draaien, het uitvoeren van fysiek zwaar werk en de blootstelling van het lichaam aan trillingen zijn duidelijk geassocieerd met rugproblemen. Over de invloed van het uitvoeren van repetitieve bewegingen en een statische werkhouding, is in de literatuur geen eenduidigheid. (8) Ook is er nog onvoldoende gekend over het verband tussen de mate van blootstelling en het effect ervan op de prevalentie van lage rugpijn.(9)
Preventieve maatregelen om de blootstelling aan deze risicofactoren te beperken, zouden effectief zijn om het voorkomen van lage rugklachten te verminderen.
Hoewel het verband minder duidelijk is, spelen ook psychosociale factoren een rol in het ontstaan van lage rugpijn. Een hogere prevalentie van lage rugpijn is beschreven bij mensen die mentaal veel stress hebben, ontevreden zijn over hun job of die monotoon werk uitvoeren. (10)
Ook individuele factoren zoals leeftijd, gewicht en rookgedrag houden mogelijks verband met het voorkomen van lage rugpijn. (8)

Beloop en prognose

In de meerderheid van de gevallen van lage rugpijn is er een spontaan herstel binnen enkele weken. Bij ongeveer 90% van de patiënten is er herstel opgetreden binnen 6 weken. Toch is er een belangrijk deel van patiënten waarbij de lage rugklachten chronisch worden. Ongeveer 2-7% ontwikkelt chronische pijn. (2)
Het risico op herval is groot. Binnen 1 jaar na een episode van lage rugpijn, maakt bijna driekwart een recidief mee. (11)

Risicofactoren voor het ontwikkelen van chronische lage rugpijn

Als we lage rugpijn vanuit het biopsychosociaal model bekijken, zien we dat er verschillende risicofactoren zijn voor het chronisch worden van lage rugpijn.
Daar waar voor het ontstaan van lage rugpijn voornamelijk biomechanische invloeden een belangrijke rol speelden, wordt het ontstaan van chronische lage rugpijn vooral bepaald door psychosociale factoren. In de literatuur spreekt men hier vaker over de ‘gele vlaggen’.
Een lange duur van de huidige periode evenals meerdere episodes van lage rugpijn in het verleden, ernstige mate van beperking en hevige pijn verhogen het risico op chroniciteit.
Op psychologisch vlak houden vooral angst en onzekerheid, depressieve stemming en somatisatie verband met de ontwikkeling van chronische rugklachten.

Sociale factoren die geassocieerd zijn met een hogere kans op chronische lage rugpijn zijn onder andere werkloosheid en vrouwelijk geslacht. (12,1)

Invloed van het werk op lage rugpijn: Lage rugpijn een beroepsziekte?

De risicofactoren die eerder in deze tekst werden aangehaald, zijn risico's waar veel werknemers aan worden blootgesteld bij het uitoefenen van hun job. Hoewel er bij lage rugklachten een duidelijk verband is met arbeidsgerelateerde risico's, is lage rugpijn volgens de definitie van het Fonds voor Beroepsziekten geen beroepsziekte.

Het Fonds voor Beroepsziekten hanteert de volgende definitie. Beroepsziekten zijn ziekten die veroorzaakt zijn door het uitoefenen van een beroep. Om te kunnen spreken van een beroepsziekte, moet er ook blootstelling aan een beroepsrisico zijn geweest. Er is een beroepsrisico op voorwaarde dat er een schadelijke invloed is die samengaat met de beroepsuitoefening, de blootstelling hierbij groter is dan in de algemene bevolking en de blootstelling aan de schadelijke invloed de hoofdoorzaak van de ziekte is.
In België bestaat een lijst van beroepsziekten waarvoor men in aanmerking kan komen voor een vergoeding van het Fonds voor Beroepsziekten. Lage rugpijn staat niet op deze lijst van erkende beroepsziekten. (13)
In het geval van lage rugpijn kunnen we dus niet spreken van een beroepsziekte aangezien de invloed van het werk niet per se de hoofdoorzaak is van de ziekte. Lage rugpijn kan immers ook het gevolg zijn van andere factoren in het dagelijks leven zoals bijvoorbeeld rugbelastende sporten of andere activiteiten in het dagelijks leven. Het werk is slechts een van de vele factoren die rugpijn veroorzaken.
Lage rugpijn is wel een arbeidsgerelateerde ziekte omdat de risicoblootstelling bij bepaalde beroepsgroepen groter is dan in de algemene bevolking.(13)

Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten hanteert een andere definitie van beroepsziekte. Hier wordt een beroepsziekte gedefinieerd als een klinisch waarneembare ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate (>50%) in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden (14)
De NVAB voorziet een scoreformulier om de kans op arbeidsgerelateerdheid bij werknemers met aspecifieke rugklachten te bepalen. (bijlage3) In deze checklist wordt aan de hand van de risicofactoren(handmatig tillen/dragen van lasten, buigen/draaien van de romp en lichaamstrillingen) en de leeftijd de kans op arbeidsgerelateerdheid van aspecifieke rugklachten weergegeven. Bij een kans van >50% is er sprake van een beroepsziekte. (15)

De implicaties bij het lijden aan een beroepsziekte zijn ook verschillend in België en Nederland. Zo voorziet het Fonds voor Beroepsziekten in België een vergoeding voor de betrokkene, terwijl het Nederlands Centrum voor beroepsziekten andere maatregelen en interventies toepast.(14)

Of lage rugpijn een beroepsziekte is, hangt dus maar net af van de definitie die gehanteerd wordt. Alleszins is het duidelijk dat er bij lage rugpijn een verband is met blootstelling aan risico's die in bepaalde beroepsgroepen duidelijk groter zijn. Lage rugpijn is dus sowieso een arbeidsgerelateerde aandoening.
Voor arbeidsgerelateerde aandoeningen kan men geen vergoedingen krijgen via het Fonds voor

Beroepsziekten.Wel voorziet het Fonds voor Beroepsziekten voor bepaalde arbeidsgerelateerde aandoeningen een preventieprogramma, zoals ook voor lage rugklachten. (13)

Invloed van lage rugpijn op het werk

Uit onderzoek is gebleken dat het voor mensen die door lage rugpijn lang inactief bleven, des te moeilijker wordt het werk te hervatten. (16) Hoe langer de duur van arbeidsongeschiktheid, hoe hoger de kans op chronische lage rugpijn en des te moeilijker het zal zijn de arbeid te hervatten. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de waarschijnlijkheid van werkhervatting in functie van de categorie van lage rugpijn.

Lage rugpijn	Duur arbeidsongeschiktheid	Waarschijnlijkheid werkhervatting
Acuut	0-4 weken	80-100%
Subacuut	4-12 weken	60-80%
Aanhoudend	>12 weken	<60%

Tabel 1: Waarschijnlijkheid van werkhervatting volgens de duur van arbeidsongeschiktheid. (17)

Aangezien lage rugpijn frequent een arbeidsgerelateerde aandoening is, is het aangewezen dat de arbeidsgeneesheer mee betrokken wordt in de evaluatie en het verdere beleid.
In de richtlijn van de NVAB over rugklachten, wordt aangeraden het eerste onderzoek bij de arbeidsgeneesheer tussen 2 en 4 weken arbeidsongeschiktheid te laten doorgaan. (15)
In België komt men in de regel pas bij de arbeidsgeneesheer bij een werkhervattingsonderzoek na een arbeidsongeschiktheid van meer dan 4 weken en bij een risicofunctie, tenzij de werknemer zelf initiatief neemt en eerder een onderzoek bij de arbeidsgeneesheer aanvraagt.
De arbeidsgeneesheer is in staat de beroepsrisico's te evalueren en mits de nodige maatregelen de werkhervatting te begeleiden.

Preventieve maatregelen

De primaire preventie van lage rugpijn is vooral gebaseerd op ergonomische maatregelen. Hierbij gaat het vooral om goede voorlichting van werknemers, bijvoorbeeld door het aanleren van juiste tiltechnieken, en een aanpassing van de werkomgeving. (17)
Een medisch onderzoek voorafgaand aan de tewerkstelling wordt blijkt niet nuttig te zijn om lage rugpijn bij werknemers te voorkomen. Ook het preventief dragen van een rugondersteunende gordel is niet nuttig om lage rugklachten te vermijden. (9)
Een aanpassing van de werkplaats om de fysieke belasting van werkemers te verminderen blijkt effectief. Hierbij is het doel om het handmatig heffen zoveel mogelijk te vermijden, en indien er toch getild moet worden, de omstandigheden te optimaliseren. (gewicht beperken, transferafstand beperken, goede grip) (9)
De secundaire preventie is er op gericht om bij mensen die al rugklachten hadden, de evolutie naar chroniciteit en herval te voorkomen. Uit de literatuur blijkt dat multidisciplinaire revalidatieprogramma's hier duidelijk een meerwaarde hebben. Het volgen van een multidisciplinair revalidatieprogramma is effectiever in het verminderen van pijn en het verbeteren van functioneel herstel dan andere conventionele behandelingen en heeft ook een positief effect op de

werkhervatting. (2, 18, 19) Vooral in de subacute fase en in mindere mate ook in de chronische fase van lage rugpijn is een multidisciplinaire benadering waarbij de focus vooral ligt op functioneel herstel, verminderen van de pijnklachten en re-integratie effectief. Daarbij bieden intensievere programma's meer voordeel dan de minder intensieve programma's, vooral op vlak van werkhervatting en fysieke capaciteit.(20,21)

Multidisciplinair behandelprogramma – Het preventieprogramma voor lage rugpijn van het Fonds voor Beroepsziekten

In België wordt door het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ) 'het preventieprogramma voor lage rugpijn' aangeboden voor werknemers. Dit programma bestaat uit 3 luiken. Het medische luik omvat deelname aan een ambulant multidisciplinair revalidatieprogramma in een erkend revalidatiecentrum van maximum 36 sessies van 2uur verspreid over maximum 6 maanden. Het luik arbeidsmilieu omvat een ergonomische interventie op de werkplaats. Deze interventie omvat, afhankelijk van de werkomstandigheden ofwel een ergonomische analyse van de werkpost ofwel een opleiding op de werkvloer in samenwerking met de preventieadviseur-ergonoom en de arbeidsgeneesheer. Het laatste luik is gericht op de samenwerking tussen enerzijds de curatieve geneeskunde (behandelend arts, revalidatiecentra,..) en anderzijds de preventieve diensten (arbeidsgeneesheer, ergonoom).
Het doel van het programma is de evolutie naar chronische lage rugpijn te doen afnemen en de werkhervatting te bevorderen.
Om in aanmerking te komen voor het preventieprogramma dient men aan drie voorwaarden te voldoen.
De eerste voorwaarde is een huidige arbeidsongeschiktheid van ten minste 4 weken en niet langer dan 3 maanden wegens lage rugpijn of een heelkundige ingreep ter hoogte van de lage rug; ofwel een arbeidsongeschiktheid van minstens 1 week wegens lage rugpijn indien er ook in de periode van de laatste 12 maanden een eerdere periode van meer dan 3 weken arbeidsongeschiktheid wegens lage rugpijn was.
De tweede voorwaarde is het uitvoeren van rugbelastend werk, met name het tillen van zware lasten of blootstelling aan trillingen. De derde voorwaarde is dat men loontrekkende is in de privésector of bij een lokale of provinciale overheidsdienst.
Deelname aan het programma is altijd op vrijwillige basis. Het volgen van het revalidatieprogramma is kosteloos voor de patiënt. Het Fonds voor Beroepsziekten betaalt het remgeld van de revalidatie en voorziet een tegemoetkoming in de reiskosten naar het revalidatiecentrum.
De inschrijving gebeurt via de arbeidsgeneesheer. Hij/zij moet nagaan of de patiënt voldoet aan de criteria en stuurt het aanvraagformulier op naar het Fonds voor beroepsziekten. (13)
Gemakkelijkheidhalve zullen we 'Het preventieprogramma voor lage rugpijn van het FBZ' verder in de tekst ook wel benoemen als het 'rugpreventieprogramma'.

Deel 2: Het rugpreventieprogramma in de huisartsenpraktijk

Probleemstelling

Het 'rugpreventieprogramma van het FBZ' is een mooi initiatief waar mogelijks veel mensen en ook de maatschappij baat bij zal hebben. Het starten van het programma dient via de arbeidsgeneesheer te gebeuren. Maar komen alle kandidaten wel (op tijd) bij hun arbeidsgeneesheer terecht? Meestal komen mensen pas voor een werkhervattingsonderzoek voor het eerst bij hun arbeidsgneesheer. Dit werkhervattingsonderzoek is enkel verplicht voor mensen met een risicofunctie indien ze meer dan 4 weken arbeidsongeschikt zijn. In andere gevallen komen mensen dus enkel op eigen initiatief in contact met hun arbeidsgneesheer. Op het moment dat mensen op onderzoek gaan bij hun arbeidsgeneesheer is het dus vaak niet (meer) het juiste moment om aanpassing van het werk te voorzien of om eventueel het 'rugpreventieprogramma' op te starten.
Ook de adviserend geneesheer van de mutualiteit ziet mensen pas ten vroegste na 2 tot 4 weken arbeidsgongeschiktheid aangezien dan het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid ('Vertrouwelijk') ingediend moet zijn.
De periode van de eerste weken arbeidsongeschiktheid zullen patiënten dus enkel door hun huisarts (of eventueel specialist) opgevolgd worden. Idealiter zouden huisartsen dus ook rekening moeten houden met eventuele werkgerelateerde problemen en op de hoogte moeten zijn van de mogelijkheden van de arbeidsgeneesheer zodat ze kandidaatpatiënten zouden kunnen verwijzen. Maar zijn huisartsen ook op de hoogte van de werksituatie van hun patiënten? Wordt er soms verwezen naar de arbeidsgeneesheer? Hoe verloopt de communicatie met de arbeidsgeneesheer? Zijn huisartsen op de hoogte van de mogelijkheid het 'rugpreventieprogramma van het FBZ' te volgen?
We voerden een kwalitatief onderzoek uit door middel van een enquête voor Vlaamse huisartsen.

Methode

Om te peilen naar de kennis en ervaring van huisartsen met het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het Fonds voor Beroepsziekten', werd een online vragenlijst opgesteld.
Via e-mail werd een uitnodiging verzonden naar de verantwoordelijke contactpersoon van 47 verschillende Lokaal Multidisciplinaire Netwerken verspreid over Vlaanderen met de vraag deze uitnodiging te bezorgen aan de huisartsen in hun regio. In 7 gevallen was er een foutmelding omwille van een niet meer geldig e-mailadres. 1 contactpersoon liet weten de uitnodiging niet te versturen om de huisartsen niet te overbelasten met enquêtes. 8 personen lieten weten de uitnodiging door te sturen naar de huisartsen in hun regio of in hun nieuwsbrief op te nemen. Van de overige 31 geadresseerden werd noch een positieve reactie, noch een negatieve reactie ontvangen. Het aantal huisartsen dat de uitnodiging voor de enquête effectief heeft ontvangen is dus niet exact gekend.
De enquête liep gedurende 3 weken vanaf 18 januari 2016 tot 8 februari 2016. Eén week voor het afsluiten van de enquête werd een herinneringsbericht verstuurd.
In de vragenlijst werden vragen gesteld over een zestal domeinen.
Op basis van de voorafgaande literatuurstudie en in overleg met de studente van de ManaMa-opleiding Arbeidsgeneeskunde werden 6 domeinen bepaald.
Er werden vragen gesteld over het voorkomen van rugklachten in de huisartsenpraktijk, arbeidsgerelateerdheid van rugklachten en de rol van de huisarts, het verloop van de communicatie met de arbeidsgeneesheer, inhoudelijke kennis van het 'rugpreventieprogramma van het FBZ' en

eigen ervaring met het 'rugpreventieprogramma'. De vragen werden opgesteld via de 'KULeuven Websurveyserver' in de vorm van schaalvragen en meerkeuzevragen. Aan het einde werd ruimte voor opmerkingen voorzien. De volledige vragenlijst is beschikbaar als bijlage (bijlage 1).
In eerste instantie werd een kleine pilootstudie uitgevoerd waarbij de vragenlijst werd ingevuld door 3 artsen om te beoordelen of de vraagstelling en de opmaak voldoende duidelijk was. Nadien werden nog kleine aanpassingen gedaan en werd de vragenlijst verzonden.
De bekomen resultaten werden verwerkt met Excel.

Resultaten

Profiel van de artsen die deelnamen aan de enquête

De enquête over 'Het rugpreventieprogramma van het Fonds voor beroepsziekten in de huisartsenpraktijk' werd door 58 personen ingevuld. 5 ingevulde vragenlijsten werden geëxcludeerd omwille van een onvolledige registratie. De overige 53 beantwoorde vragenlijsten werden gebruikt voor de analyse van de resultaten.
Van de 53 volledig ingevulde vragenlijsten, werden er 46 ingevuld door huisartsen en 7 door haio's. Onder de deelnemers zijn 33 vrouwen (62%) en 20 mannen (38%). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 41,9 jaar met gemiddeld 16,1 jaar praktijkervaring als huisarts.

Domein 1: Patiënten met rugklachten in de huisartsenpraktijk

In het eerste domein van de vragenlijst werd gevraagd naar het voorkomen van lage rugklachten in de huisartsenpraktijk, de patiënten met lage rugklachten en langdurige arbeidsongeschiktheid ten gevolge van lage rugklachten.

De meerderheid van de artsen (72%, n=38) ziet gemiddeld minstens één keer per dag een patiënt met lage rugklachten. 17 hiervan geven aan zelfs meerdere keren per dag patiënten met lage rugpijn te ontvangen tijdens hun raadpleging.
Ongeveer 70% (n=37) ervaart dat patiënten die de huisarts consulteren met lage rugklachten meestal beroepsactief zijn.
72%(n=38) heeft de indruk dat lage rugklachten bovendien frequenter voorkomen bij patiënten die lichamelijk zware arbeid verrichten.
Bijna driekwart (74%, n=39) van de ondervraagde artsen kent patiënten die langdurig of frequent (totaal > 4 weken per jaar) verzuimen door lage rugklachten.

Domein 2: Arbeidssituatie en de rol van de huisarts

In het tweede domein werd nagegaan of de deelnemende artsen op de hoogte zijn van de arbeidssituatie van hun patiënten en of zij soms verwijzen naar de arbeidsgeneesheer.

De grote meerderheid, zo'n 86% (n=45) van de deelnemende artsen, geeft aan voldoende op de hoogte te zijn van het beroep en de arbeidssituatie van zijn patiënten. 72% (n=38) noteert deze informatie ook in het medisch dossier.
Bij arbeidsgebonden rugklachten, verwijst slechts 34% (n=18) van de ondervraagde artsen hun patiënt naar de arbeidsgeneesheer. 40% (n=21) doet dit echter niet.

Domein 3: Communicatie tussen huisarts en arbeidsgeneesheer

Het derde domein omvat vragen over de communicatie met de arbeidsgeneesheer.

Slechts 17% (n=9) van de deelnemende huisartsen neemt zelf contact op met de arbeidsgeneesheer bij vermoeden van arbeidsgerelateerde klachten. 38% (n=20) gaat ervan uit dat patiënten zelf weten hoe en waarvoor ze hun arbeidsgeneesheer kunnen contacteren. Ongeveer evenveel artsen (40%, n=21) zijn van mening dat zijn patiënten hier niet van op de hoogte zijn.
Meer dan de helft van de ondervraagde artsen (55%, n=29) vindt dat de arbeidsgeneesheer niet gemakkelijk bereikbaar is.
De meeste deelnemende artsen (81%, n=43) verwachten wel van de arbeidsgeneesheer dat hij/zij contact opneemt met de huisarts indien er extra informatie nodig is of als er bijkomende onderzoeken dienen te gebeuren.

Domein 4: Kennis van het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het FBZ' bij huisartsen

In het vierde domein werden vragen gesteld om na te gaan in welke mate huisartsen op de hoogte zijn van het bestaan en de inhoud van het rugpreventieprogramma.

Slechts enkele (n=3, 6%) van de deelnemende artsen geven aan het 'preventieprogramma voor lage rugpijn' inhoudelijk te kennen. Opvallend veel artsen (n=45, 85%) kennen het programma niet.
Slechts één van de ondervraagden kent de voorwaarden voor deelname aan het programma en weet hoe de aanvraagprocedure verloopt. De grote meerderheid (n=49, 92%) geeft aan niet op de hoogte te zijn van de voorwaarden en de aanvraagprocedure van het 'rugpreventieprogramma'.

Domein 5: Opvattingen en ervaringen van huisartsen in verband met het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het FBZ'

Het vijfde domein peilt naar de visie van de deelnemende artsen over het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het FBZ' en eventuele ervaringen hiermee.

81% (n=43) van de ondervraagde huisartsen is van mening dat het 'rugpreventieprogramma' nuttig is om de prevalentie van chronische lage rugpijn te verminderen. 85% van de artsen (n=45) zou het 'rugpreventieprogramma' dan ook aanbevelen aan patiënten die hiervoor in aanmerking komen.
Van de ondervraagde artsen, heeft nog niemand een van zijn patiënten verwezen naar hun arbeidsgeneesheer met als doel het 'rugpreventieprogramma' op te starten.
Slechts een paar artsen (n=2, 4%) kennen patiënten die het 'preventieprogramma voor lage rugpijn' gevolgd hebben. De ervaringen van deze artsen zijn positief.
Over het volgen van het preventieprogramma in combinatie met werkhervatting zijn de meningen nogal verdeeld. Een deel geeft aan dat het programma enkel haalbaar is bij deeltijdse werkhervatting, een ander deel van de ondervraagden ziet een voltijdse werkhervatting wel haalbaar.

Domein 6: Mogelijke knelpunten bij het opstarten en volhouden van het 'preventieprogramma voor lage rugpijn'

In het laatste deel van de enquête werd gevraagd naar mogelijke knelpunten. Als mogelijke problemen werden de aanvraagprocedure voor het preventieprogramma, de duur van het revalidatieprogramma, de inzet en motivatie van patiënten, en praktische regelingen (verplaatsing naar revalidatiecentrum, werkhervatting, etc.) geopperd.
De meningen van de deelnemende artsen zijn hier eerder neutraal. Waarschijnlijk heeft dit te maken met de beperkte ervaring met het 'rugpreventieprogramma' van de meeste deelnemende artsen.

Bespreking

Zoals ook in de literatuurstudie beschreven, bevestigt dit onderzoek dat lage rugklachten ook in de Vlaamse huisartsenpraktijk een frequent voorkomend probleem zijn. Uit de resultaten van deze enquête blijkt dat de ondervraagde artsen bijna dagelijks te maken krijgen met patiënten met lage rugpijn. Het merendeel van deze patiënten blijkt bovendien nog beroepsmatig actief te zijn en vaak ook rugbelastend werk uit te voeren. Ook langdurige of frequente arbeidsongeschiktheid bij patiënten omwille van lage rugpijn zijn voor de meeste artsen niet vreemd. Deze resultaten zijn gelijklopend met de bevindingen van ons literatuuronderzoek.

Opvallend is dat slechts een derde van de ondervraagde artsen hun patiënten met arbeidsgerelateerde rugklachten naar de arbeidsgeneesheer verwijst. Van de artsen die hun patiënt doorverwijzen naar hun arbeidsgeneesheer, neemt de helft rechtstreeks contact op met de arbeidsgeneesheer. De reden waarom slechts een beperkt deel van de ondervraagde artsen patiënten met arbeidsgerelateerde rugklachten verwijst naar de arbeidsgeneesheer is niet duidelijk en werd in deze enquête ook niet bevraagd.
Een mogelijke reden is dat artsen er vanuit gaan dat patiënten wel zelf bij hun arbeidsgeneesheer terecht zullen komen. Immers een belangrijk deel van de ondervraagde artsen denkt dat patiënten zelf goed weten wanneer en hoe ze contact kunnen opnemen met hun arbeidsgeneesheer.
Een ander mogelijk knelpunt is de bereikbaarheid van de arbeidsgeneesheer. Meer dan de helft van de deelnemende artsen vindt dat hun collega's arbeidsgeneesheren moeilijk te bereiken zijn. Anderzijds verwacht het merendeel van de huisartsen wel dat de arbeidsgeneesheer hen contacteert als er aanvullende informatie nodig is.

Het vermoeden dat het' rugpreventieprogramma van het FBZ' onder Vlaamse huisartsen weinig gekend is, werd met dit onderzoek bevestigd. Uit de enquête blijkt dat de grote meerderheid van de ondervraagde huisartsen het 'rugpreventieprogramma' niet kent. Slechts de zeer kleine minderheid weet wat het preventieprogramma inhoudt en hoe de aanmelding ervoor dient te gebeuren.
De meeste huisartsen denken wel dat het volgen van het preventieprogramma nuttig is om de prevalentie van lage rugpijn te doen verminderen en zouden het revalidatieprogramma dan ook aanbevelen aan hun patiënten die in aanmerking komen. Ook zijn de ervaringen van de artsen met patiënten in hun praktijk die het programma volgden zeer positief.
Om de juiste redenen te kennen waarom huisartsen het 'rugpreventieprogramma van het FBZ' niet goed kennen en hoe dit verbeterd kan worden, dient verder onderzoek te gebeuren.

Aangezien patiënten met lage rugpijn meestal eerst hun huisarts raadplegen, speelt deze een zeer belangrijke rol in de aanpak en het verdere verloop van de rugklachten. De huisarts is meestal degene die in eerste instantie het beleid bepaalt en ook in overleg met de patiënt de arbeidsongeschiktheid zal bepalen. Ook is hij/zij vaak goed op de hoogte van de psychosociale situatie van zijn patiënt. De ondervraagde artsen in dit onderzoek vermeldden ook goed op de hoogte te zijn van de arbeidssituatie van hun patiënten. Toch verwijst slechts de minderheid zijn patiënten met arbeidsgerelateerde rugklachten naar de arbeidsgeneesheer.
Het is jammer dat huisartsen zo weinig verwijzen naar de arbeidsgeneesheer bij lage rugpijn. De arbeidsgeneesheer kan immers ingrijpen op de arbeidsomstandigheden door bijvoorbeeld aangepast werk te voorzien waardoor werkhervatting misschien al eerder mogelijk is. De arbeidsgeneesheer is ook degene die de aanvraag kan doen om het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het FBZ'

op te starten. Aangezien het programma aangevraagd moet worden tussen 4 weken en 3 maanden arbeidsongeschiktheid, moet de patiënt/werknemer dan ook terecht komen bij zijn arbeidsgeneesheer. Volgens de huidige regeling, is het zo dat werknemers vaak pas voor het eerst bij de arbeidsgeneesheer komen op het moment van werkhervatting. In een deel van de gevallen is het dan te laat om het 'rugpreventieprogramma' op te starten, hoewel dit misschien wel nuttig geweest zou zijn.
Gezien lage rugklachten in een belangrijk deel van de gevallen werkgerelateerd zijn, is het belangrijk als huisarts om hiervoor oplettend te zijn en te overwegen patiënten naar hun arbeidsgeneeskundige dienst te verwijzen bij arbeidsgerelateerde factoren. Zeker mogelijke kandidaten voor het 'rugpreventieprogramma' gaan best op tijd langs bij hun arbeidsgeneesheer.
Hiervoor is het ten eerste noodzakelijk dat de huisarts op de hoogte is van de mogelijkheden van de arbeidsgeneesheer, zoals bijvoorbeeld de aanvraag voor het rugpreventieprogramma.
Daarnaast is er ook een goede samenwerking en overleg nodig tussen de behandelend arts enerzijds en de arbeidsgeneesheer anderzijds.
Dit onderzoek toont aan dat de meeste huisartsen niet op de hoogte zijn van het bestaan van het 'rugpreventieprogramma' en ook de aanvraagprocedure niet kennen. Ook blijkt dat de communicatie tussen beide partijen beperkt is. De bereikbaarheid van de arbeidsgeneesheer wordt hierbij door huisartsen als een mogelijk knelpunt gezien.
De beste manier om de samenwerking tussen huisarts en arbeidsgeneesheer te verbeteren en huisartsen op de hoogte te stellen van de mogelijkheden van de arbeidsgeneeskundige dienst, werden niet onderzocht. Hiervoor dient verder onderzoek te gebeuren.
De resultaten van het parallellonderzoek bij arbeidsgeneesheren zijn momenteel helaas nog niet gekend. Een vergelijking hiermee zou mogelijks interessante verschillen of overeenkomsten kunnen aantonen die op hun beurt weer aanleiding kunnen geven tot gerichter onderzoek.

Dit onderzoek heeft als voornaamste beperkingen de kleine omvang van de onderzoeksgroep en de selectie van deelnemende artsen. De groep van artsen die deelnamen aan de enquête is klein. Het totaal aantal aangeschreven artsen en de responsratio is niet gekend. Deelname gebeurde volledig op vrijwillige basis waardoor misschien meer artsen met interesse op gebied van rugklachten deelnamen. De resultaten geven een goede indruk van de algemene trend onder de Vlaamse huisartsen, maar voor betrouwbare resultaten zal een uitgebreider onderzoek op grotere schaal moeten plaatsvinden.

Besluit

Lage rugklachten zijn een zeer frequent probleem bij de algemene populatie en dus ook bij de beroepsactieve bevolking. Volgens de richtlijnen is het bij de aanpak van lage rugpijn vooral belangrijk te focussen op functioneel herstel. Dit vraagt een activerende aanpak vanaf het begin van de episode van lage rugpijn. Ook dient men bij langer durende rugklachten alert te zijn voor risicofactoren die de kans op chronische lage rugpijn verhogen.

Chronische rugpijn is immers een groot probleem, zowel op persoonlijk vlak voor de patiënt als ook op maatschappelijk vlak door de hoge ziektekosten die door de gemeenschap gedragen worden. Belangrijke risicofactoren voor het ontstaan van lage rugpijn zijn het handmatig tillen, frequent bukken en blootstelling aan trillingen. Blootstelling aan deze risicofactoren hangt vaak samen met het werk. Dit houdt dus ook in dat we lage rugpijn kunnen beschouwen al s een arbeidsgerelateerde aandoening. Primaire preventie is vooral gericht op voorlichting en ergonomische interventies. Als secundaire preventie kan het volgen van een multidisciplinair revalidatieprogramma nuttig zijn.

In België biedt het Fonds voor Beroepsziekten het 'preventieprogramma voor lage rugpijn' aan. Dit programma kan onder bepaalde voorwaarden kosteloos gevolgd worden door werknemers die arbeidsongeschikt zijn omwille van lage rugpijn.

Uit kwalitatief onderzoek door middel van een vragenlijst bij Vlaamse huisartsen blijkt dat lage rugklachten ook in de Vlaamse huisartsenpraktijk een frequent probleem zijn. De meerderheid van de ondervraagde artsen bevestigt ook het verband tussen het voorkomen van lage rugpijn en het werk. Opmerkelijk is dat slechts een klein deel van de ondervraagde artsen patiënten met arbeidsgerelateerde rugklachten verwijst naar de arbeidsgeneesheer. De reden hiervoor werd in deze studie niet onderzocht.

Vooral opvallend uit dit onderzoek is dat de grote meerderheid van de ondervraagde artsen het 'preventieprogramma voor lage rugpijn van het Fonds voor beroepsziekten' niet kent. De reden hiervoor werd in deze studie niet onderzocht, maar is mogelijks te wijten aan een gebrek aan informatie.

Verder onderzoek is nodig om uit te klaren welke de drempels zijn voor huisartsen om patiënten naar hun arbeidsgeneesheer te verwijzen en op welke manier het 'rugpreventieprogramma' bekender gemaakt kan worden bij huisartsen.

Een goede vorm van samenwerking en overleg tussen curatieve en preventieve sector zijn immers belangrijk om samen het beleid bij lage rugpijn te bepalen en de nefaste gevolgen zoveel mogelijk te beperken.

Bibliografie

1. Chavannes, A. W., Mens, J. M. A., Koes, B. W., Lubbers, W. J., Ostelo, R. W. J. G., Spinnewijn, W. E. M., & Kolnaar, B. G. M. (2009). NHG-standaard aspecifieke lagerugpijn. In *NHG-Standaarden 2009* (pp. 1128-1144). Bohn Stafleu van Loghum.

2. Nielens, H., Van Zundert, J., Mairiaux, P., Gailly, J., Van Den Hecke, N., Mazina, D., ... & Ramaekers, D. (2006). Chronische lage rugpijn. *Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE)*.

3. FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg. Lage rugpijn op het werk; Een handleiding voor de werkgever en de sociale partners. 2008.

4. Intego-databank. De 20 meest gestelde diagnosen in de huisartspraktijk in Vlaanderen, 2009-2012. ; 2014.

5. Miedema, H. S. (1994). *Reuma-onderzoek meerdere echelons (ROME): basisrapport*. Nederlands instituut voor praeventieve gezondheidszorg TNO.

6. Jarvik, J. G., & Deyo, R. A. (2002). Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Annals of internal medicine*, *137*(7), 586-597.

7. Ramond, A., Bouton, C., Richard, I., Roquelaure, Y., Baufreton, C., Legrand, E., & Huez, J. F. (2010). Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care—a systematic review. *Family practice*, cmq072.

8. Burdorf, A., & Sorock, G. (1997). Positive and negative evidence of risk factors for back disorders. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 243-256.

9. Kuijer, P. P. F., Verbeek, J. H., Visser, B., Elders, L. A., Van Roden, N., Van den Wittenboer, M. E., ... & Hulshof, C. T. (2014). An evidence-based multidisciplinary practice guideline to reduce the workload due to lifting for preventing work-related low back pain. *Annals of occupational and environmental medicine*, *26*(1), 1.

10. Lötters, F., Burdorf, A., Kuiper, J., & Miedema, H. (2003). Model for the work-relatedness of low-back pain. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 431-440.

11. Pengel, L. H., Herbert, R. D., Maher, C. G., & Refshauge, K. M. (2003). Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *Bmj*, *327*(7410), 323.

12. Verkerk, K., Luijsterburg, P. A., Miedema, H. S., Pool-Goudzwaard, A., & Koes, B. W. (2012). Prognostic factors for recovery in chronic nonspecific low back pain: a systematic review. *Physical therapy*.

13. Fonds voor beroepsziekten. Website Fonds voor de beroepsziekten [Available from: http://www.fmp-fbz.fgov.be/prev/RUGPREVENTIE/index.html.

14. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Website. [Available from: http://www.beroepsziekten.nl/

15. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Richtlijn: Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten. ; 2006.

16. Al-Otaibi, S. T. (2015). Prevention of occupational Back Pain. *Journal of family & community medicine*, *22*(2), 73.

17. Rossignol, M., Poitras, S., Dionne, C., Tousignant, M., Truchon, M., Arsenault, B., ... & Neveu, A. (2007). An interdisciplinary guideline development process: the Clinic on Low-back pain in Interdisciplinary Practice (CLIP) low-back pain guidelines. *Implement Sci*, *2*(1), 36.

18. Van Middelkoop, M., Rubinstein, S. M., Kuijpers, T., Verhagen, A. P., Ostelo, R., Koes, B. W., & van Tulder, M. W. (2011). A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *European Spine Journal*, *20*(1), 19-39.

19. Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj*, *350*, h444.

20. Heitz, C. A. M., et al. "Comparison of risk factors predicting return to work between patients with subacute and chronic non-specific low back pain: systematic review." *European Spine Journal* 18.12 (2009): 1829-1835.

21. Norlund, A., Ropponen, A., & Alexanderson, K. (2009). Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *41*(3), 115-121.

Bijlagen

Bijlage 1: Tabel: 'Rode vlaggen' of alarmsignalen bij rugpijn

Symptomen	**Mogelijke diagnose**
Radiculaire uitstralende pijn in been (voorbij de knie), neurologische prikkelings- of uitvalsverschijnselen, pijn in been meer op de voorgrond dan de rugpijn	Lumbosacraal radiculair syndroom
Begin van rugpijn na het 50ste levensjaar, continue pijn onafhankelijk van houding of bewegen, nachtelijke pijn, maligniteit in voorgeschiedenis, onverklaard gewichtsverlies, verhoogde sedimentatiesnelheid	Maligniteit, bv. wervelmetastase
Leeftijd boven 60 jaar, vrouw, laag lichaamsgewicht, langdurig corticosteroïdgerbuik, lengtevermindering, postuurverandering, vroegtijdige menopauze, familiaal osteoporose	Osteoporotische wervelfractuur
Begin van rugpijn voor 20ste levensjaar, man, iridocyclitis, onverklaarde perifere artritis of inflammatoire darmaandoening in voorgeschiedenis, vooral nachtelijke pijn met minstens een uur ochtendstijfheid, opvallende goede reactie op NSAID's, verhoogde sedimentatiesnelheid	Ziekte van Bechterew (spondylitis ankylopoetica)
Trauma	Wervelfractuur
Begin van rugpijn voor 20ste levensjaar, palpabel trapje in verloop van processi spinosi ter hoogte van L4-L5	Ernstige vorm van spondylolisthesis

(1)

Bijlage 2: Tabel: Samenvatting van de wetenschappelijke bewijzen voor de behandeling van 'gewone' chronische lage rugpijn

Samenvatting van de wetenschappelijke bewijzen voor behandeling van "gewone" chronische lage rugpijn

Niet-invasieve behandelingen	Quality of evidence
Informatie aan de patiënt	High
Bedrust	No evidence (« high against » for acute LBP)
Lumbale steun	Very low
Massage	Low
Warm-Koud	No evidence
Elektrotherapie, thermotherapie	Low
Ultrasonen, laser	Low
TENS	Low
Balneotherapie	Moderate
Hydrotherapie	Low
Tractie	High against
EMG biofeedback	High against
Oefeningen en conditietraining	High
Rugschool (behalve arbeidsgeneeskunde)	Low
Korte patiënteneducatie	Moderate
Cognitieve gedragstherapie	Moderate
Oefeningen en conditietraining	High
Multidisciplinair programma – (patiënteneducatie, oefeningen, relaxatie, gedragsinterventies…)	High
Manipulaties	Moderate, short term effect only

Geneesmiddelen	Quality of evidence
Paracetamol	No evidence
Ontstekingsremmers	Low
Acetylsalicylzuur	No evidence
Codeïne/tramadol	Moderate
Sterke opioïden	Very low
Benzodiazepines	Low
Spierverslappers	Very low
Antidepressiva	Moderate but conflicting
Gabapentine	Low
Fytotherapie	Low
Topische NSAIDs	No evidence
Invasieve behandelingen	**Quality of evidence**
Gewone epidurale injecties zonder ischias	No evidence
Gewone epidurale injecties met ischias	Very low
Transforaminale epidurale injecties in geval van ischias	Low
Andere injecties (facetten, trigger points, sacro-iliacaal…)	Very low

	Quality of evidence
Andere invasieve behandelingen	
Acupunctuur	Moderate but conflicting
Intradiscale technieken	Very low
Radiofrequency facet denervation	Low
Radiofrequency lesioning dorsal root ganglion	Very low
Radiofrequency neurotomy of sacroiliac joint	No evidence
Neuroreflexotherapy	Low
Percutane elektrische zenuwstimulatie	Low
Adhesiolyse	Very low
Spinal cord stimulation	Low (failed back surgery syndrome)
Chirurgie	
Discectomie in geval van prolaps, discushernia zonder ischias	No evidence
Discectomie bij discoradiculair conflict met ischias	Low
Artrodese (fusie) bij CLBP zonder ischias	Low against

(2)

Bijlage 3: Scoreformulier arbeidsgerelateerdheid aspecifieke rugklachten



Scoreformulier arbeidsgerelateerdheid aspecifieke lage rugklachten

Werknemer

Leeftijd

Beroep

Diagnose 'Aspecifieke lage rugklachten' — **Nee** → **Instrument niet van toepassing**

Ja

Checklist risicofactoren

A Handmatig tillen/dragen van lasten — SCORE

= object met de handen oppakken/vasthouden/zonder gebruik van mechanische hulpmiddelen verplaatsen

A1 Hanteert de werknemer > 10% van de werkdag lasten > 15 kg?
JA, vul score 7 in en ga verder naar B — **NEE, ga naar A2**

A2 Hanteert de werknemer > 2x per minuut gedurende in totaal > 2 uur per werkdag lasten > 5 kg, of > 1x per dag lasten > 25 kg?
JA, vul score 4 in — **NEE, vul score 0 in**

B Buigen/draaien van de romp

= voorover buigen, zijwaarts buigen en/of draaien van de romp (nb. de aangegeven tijdsduur heeft betrekking op de totale tijdsduur waarin in de genoemde romphouding is gewerkt gedurende een werkdag)

B1 Werkt de werknemer > 1/2 uur per werkdag met de romp > 40° gebogen en/of gedraaid?
JA, vul score 7 in en ga verder naar C — **NEE, ga naar B2**

B2 Werkt de werknemer > 2 uur per werkdag met de romp > 20° gebogen en/of gedraaid?
JA, vul score 5 in — **NEE, vul score 0 in**

C Lichaamstrillingen

Hieronder genoemde trillingsniveaus zijn tijdgewogen gemiddelden over 8 uur; als de daadwerkelijke blootstelling per werkdag korter is kan het tijdgewogen gemiddelde berekend worden met de formule: a8 = aexp*√Te/8
(a8 = tijdgewogen gemiddelde over 8 uur, aexp = trillingsniveau (gemeten of geschat), Te = dagelijkse blootstellingsduur)

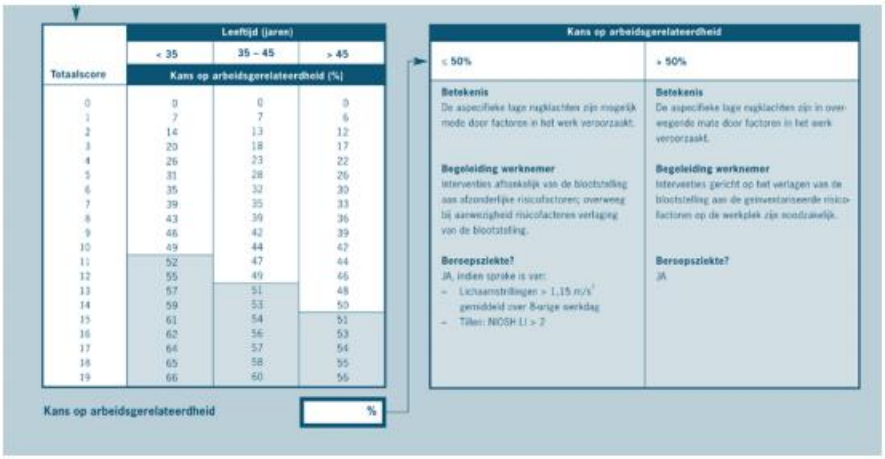
C1 Is de werknemer 5 jaar blootgesteld aan trillingsniveaus > 1 m/s² gemiddeld per dag?
JA, vul score 5 in — **NEE, ga naar C2**

C2 Wordt de werknemer blootgesteld aan trillingsniveaus > 0,5 m/s² gemiddeld per dag?
JA, vul score 3 in — **NEE, vul score 0 in**

Totaalscore (0-19)

Zie verder op volgende pagina

Vervolg van vorige pagina



Totaalscore	Leeftijd (jaren) < 35	35 – 45	> 45
	Kans op arbeidsgerelateerdheid (%)		
0	0	0	0
1	7	7	6
2	14	13	12
3	20	18	17
4	26	23	22
5	31	28	26
6	35	32	30
7	39	35	33
8	43	39	36
9	46	42	39
10	49	44	42
11	52	47	44
12	55	49	46
13	57	51	48
14	59	53	50
15	61	54	51
16	62	56	53
17	64	57	54
18	65	58	55
19	66	60	56

Kans op arbeidsgerelateerdheid: %

Kans op arbeidsgerelateerdheid

≤ 50%	> 50%
Betekenis De aspecifieke lage rugklachten zijn ongelijk mede door factoren in het werk veroorzaakt.	**Betekenis** De aspecifieke lage rugklachten zijn in overwegende mate door factoren in het werk veroorzaakt.
Begeleiding werknemer Interventies afhankelijk van de blootstelling aan afzonderlijke risicofactoren; overweeg bij aanwezigheid risicofactoren verlaging van de blootstelling.	**Begeleiding werknemer** Interventies gericht op het verlagen van de blootstelling aan de geïnventariseerde risicofactoren op de werkplek zijn noodzakelijk.
Beroepsziekte? JA, indien sprake is van: – Lichaamstrillingen > 1,15 m/s² gemiddeld over 8-urige werkdag – Tillen: NIOSH LI > 2	**Beroepsziekte?** JA

(15)

Bijlage 4: Vragenlijst voor huisartsen over 'Het rugpreventieprogramma van het Fonds voor Beroepsziekten in de huisartsenpraktijk'

Vragenlijst huisartsen

Inleidende tekst

Beste collega ,

graag vraag ik enkele minuten van uw tijd om volgende enquête in te vullen.
In het kader van mijn manama Huisartsgeneeskunde, schrijf ik een Masterproef over 'Het rugpreventieprogramma van het Fonds voor Beroepsziekten in de huisartsenpraktijk'. Dit revalidatieprogramma kan onder bepaalde voorwaarden gevolgd worden door werknemers die arbeidsongeschikt zijn wegens rugproblemen en rugbelastend werk doen. Meer informatie over het preventieprogramma voor lage rugpijn vindt u in de bijgevoegde brochure of op de website van het Fonds voor beroepsziekten (http://www.fmp-fbz.fgov.be).
De bekomen gegevens van deze vragenlijst worden volledig anoniem en vertrouwelijk verwerkt.
Parallel met deze vragenlijst voor huisartsen, is er ook een enquête voor arbeidsgeneesheren opgesteld.
Voor vragen of opmerkingen, kunt u mij contacteren via e-mail. (kirsten_keiren@hotmail.com)

Alvast bedankt voor uw medewerking en kostbare tijd.

Kirsten Keiren
Huisarts in opleiding

Profiel

1. U bent
   Huisarts/ Haio
2. Wat is uw geslacht?
   Man/Vrouw
3. Wat is uw leeftijd?
   X jaar
4. Hoeveel jaar ervaring heeft u in de huisartsenpraktijk?
   X jaar

Patiënten

1. Hoevaak ziet u gemiddeld patiënten met rugklachten?

Meerdere keren per dag	+-1x per dag	Enkele keren per week	Enkele keren per maand	Minder dan enkele keren per maand	Zelden of nooit

2. Patiënten die ik zie met rugklachten zijn meestal beroepsactief.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

3. Lage rugklachten zijn frequenter bij patiënten die lichamelijk zware arbeid verrichten.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

4. Ik ken patiënten die langdurig of frequent (totaal >4 weken/jaar) verzuimen door lage rugklachten.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

Rol van de huisarts

1. Als huisarts ben ik op de hoogte van het beroep en de arbeidssituatie van mijn patiënten.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

2. Ik noteer het beroep in het medisch dossier.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

3. Bij arbeidsgebonden rugklachten verwijs ik patiënten naar hun arbeidsgeneesheer.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

Communicatie met de arbeidsgeneesheer

1. Ik neem zelf contact op met de arbeidsgeneesheer als ik vermoed dat de klachten arbeidsgerelateerd zijn.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

2. Patiënten weten zelf hoe ze hun arbeidsgeneesheer kunnen contacteren.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

3. De arbeidsgeneesheer is gemakkelijk bereikbaar .

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

4. Ik verwacht dat de arbeidsgeneesheer mij contacteert als hij/zij van mening is dat er aanvullende informatie of bijkomende onderzoeken nodig zijn.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

Kennis van het preventieprogramma

1. Ik weet wat het preventieprogramma voor lage rugpijn van het FBZ inhoudt.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

2. Ik ben op de hoogte van de voorwaarden van het preventieprogramma.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

3. Ik weet hoe de inschrijvingsprocedure/aanvraag verloopt.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

Ervaring

1. Ik denk dat het preventieprogramma nuttig is om de prevalentie van chronische lage rugpijn te verminderen.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

2. Ik zou het preventieprogramma aanbevelen aan patiënten die ervoor in aanmerking komen.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

3. Ik heb al patiënten verwezen naar hun arbeidsgeneesheer met als doel het opstarten van het preventieprogramma.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

4. Ik ken patiënten die het preventieprogramma volgen of gevolgd hebben.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

Indien van toepassing: Wat zijn uw ervaringen?

5. Het volgen van het preventieprogramma is enkel mogelijk indien de patiënt nog deeltijds in ziekteverlof is.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

Knelpunten

1. De aanvraag voor het programma is (te) ingewikkeld/omslachtig .

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

2. Het programma vraagt (te)veel inzet en motivatie van patiënten.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

3. Het programma duurt te lang.

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

4. Het volgen van het programma is praktisch haalbaar (verplaatsing naar revalidatiecentrum, tijdsbestek).

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

5. Ik heb de indruk dat werkgevers niet willen dat hun personeelslid het programma volgt (bv. gezien afwezigheid op het werk) .

Volledig oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Volledig eens	Niet van toepassing

Opmerkingen

Ruimte voor opmerkingen.

Bijlage 5: Aanvraag en goedkeuring ethische comissie

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Met vriendelijke groeten

An Stockmans

Samenvatting aanvraag

In welke mate wordt rekening gehouden met 'de job' bij het uitschrijven van een ziekteattest.

Student(en):
Kirsten Keiren (kirsten.keiren@student.kuleuven.be)
Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:
Overige.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Naar aanleiding van het voorstel van het kabinet van minister De Block om langdurig zieken te re-integreren op de arbeidsmarkt, wil ik in deze masterproef verder ingaan op de rol van de huisarts en de samenwerking met de arbeidsgeneesheer.
In dit onderzoek focussen we op patiënten met rugklachten, een pathologie die vaak voor langere en recidiverende periodes van ziekteverzuim zorgt.
We willen nagaan hoe goed huisartsen op de hoogte zijn van mogelijkheden qua begeleiding betreft re-integratie op de werkvloer. Hiervoor willen we onderzoeken of huisartsen op de hoogte zijn van het 'preventieprogramma voor lage rugpijn', georganiseerd door het Fonds voor de Beroepsziekten en welke hun ervaringen zijn met dit programma.
Het 'preventieprogramma voor lage rugpijn' is een secundair preventieprogramma voor werknemers die arbeidsongeschikt zijn door problemen van lage rugpijn. Het omvat onder andere een ambula nt multidisciplinair revalidatieprogramma. De inschrijving hiervoor gebeurt via de arbeidsgeneesheer.
Een PDF-file van de folder van het preventieprogramma voor lage rugpijn vindt u in bijlage.

Vraagstelling:

Door middel van een gestandaardiseerde vragenlijst willen we artsen bevragen over hun visie op het preventieprogramma voor lage rugpijn dat georganiseerd wordt door het fonds van beroepsziekten.
De vragen hebben betrekking op verschillende domeinen. Onder andere de kennis van het preventieprogramma, de rol van de huisarts, communicatie met de arbeidsgeneesheer, kandidaatpatienten,

ervaring met het programma en mogelijke knelpunten voor artsen / voor patiënten / voor werkgevers worden bevraagd.

Parallel zal een student Arbeidsgeneeskunde een masterproef schrijven over hetzelfde thema, maar dan bekeken vanuit de hoek van de arbeidsgeneesheer. Door hetzelfde thema vanuit verschillende standpunten te bekijken, hopen we een idee te krijgen van de verschillende ervaringen met het preventieprogramma en ook de mogelijke knelpunten aan het licht te brengen.

Methodologie:

Met een online tool zal een vragenlijst worden opgesteld en per e-mail verspreid worden naar huisartsen in Vlaanderen. De periode waarin huisartsen de vragenlijst online kunnen invullen is voorzien rond oktober - november 2015. De huisartsen zullen een e-mail krijgen met de vraag deel te nemen aan de onlinevragenlijst. Na enkele weken zal nog een herinneringsmail gestuurd worden. Afhankelijk van de responsratio, kan de periode waarin de enquete loopt verlengd worden. Nadien zullen de bekomen gegevens statistisch verwerkt worden.
In bijlage vindt u de vragenlijst gericht aan de huisartsen.

Referenties:

Website Fonds voor de Beroepsziekten, geraadpleegd op 21/04/2015
http://www.fmp-fbz.fgov.be/prev/RUGPREVENTIE/index.html#'info15'

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:
[/apps/ec/models/jQueryFileUpload/server/php/files/89382_1441284479_0927_brochure_preventie_van_lage_rugpijn_pdf]89382_1441284479_0927_brochure_preventie_van_lage_rugpijn_pdf
[/apps/ec/models/jQueryFileUpload/server/php/files/96507_1441285469_7076_Vragenlijst_Huisartsen_pdf]96507_1441285469_7076_Vragenlijst_Huisartsen_pdf

Promotor:
Lode Godderis (Lode.Godderis@med.kuleuven.be - u0005874 - Omgeving en Gezondheid)

Hoofdonderzoeker:
Keiren Kirsten

Registratienummer:
mp06250